



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I ELBASANIT “ALEKSANDËR XHUVANI”
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
DOKTORATË NË “SHKENCAT MJEKËSORE TEKNIKE”

DISERTACION

PËR MBROJTJEN E GRADËS SHKENCORE
“DOKTOR”

NJOHURITË, QËNDRIMET DHE PRAKTIKAT
INFERMIERORE LIDHUR ME INFEKSIONET
SPITALORE PËR INFERMIERËT QË PUNOJNË NË
PAVIONE ME PACIENTË TË HOSPITALIZUAR TË
REGJISTRUAR NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË

KANDIDATI

Albana SULA

UDHËHEQËS

Prof. As. Dr. Petrit BIBERAJ.

ELBASAN, 2025

Doktoratë

Përgatitur nga: Albana SULA

Për marrjen e gradës shkencore “DOKTOR”

NJOHURITË, QËNDRIMET DHE PRAKTIKAT INFERMIERORE LIDHUR ME INFEKSIONET SPITALORE PËR INFERMIERËT QË PUNOJNË NË PAVIONE ME PACIENTË TË HOSPITALIZUAR TË REGJISTRUAR NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISE

Udhëheqës shkencor: Prof.as.dr Petrit BIBERAJ

Mbrohet më, dt ____/____/____ para jurisë:

1. _____ KRYETAR
2. _____ ANËTAR
3. _____ ANËTAR
4. _____ ANËTAR
5. _____ ANËTAR

© Albana Sula, 2025

Të gjitha të drejtat e rezervuara.

Ndalohet riprodhimi i këtij materiali pa autorizimin e autorit.

Abstrakt

Hyrje: Infeksionet spitalore përbëjnë një sfidë globale, duke ndikuar në shëndetin e pacientëve dhe duke rritur kostot e kujdesit shëndetësor. Njohuritë dhe praktikat e infermierëve janë kyçe për parandalimin dhe menaxhimin e këtyre infeksioneve.

Qëllimi: Vlerësimi i njohurive, qëndrimeve dhe praktikave (KAP) të infermierëve që punojnë në pavione me pacientë të hospitalizuar në Shqipëri, me fokus te masat parandaluese dhe kontrolli i infeksioneve spitalore.

Materiali dhe Metoda: Studimi është realizuar gjatë periudhës Janar-Mars 2024, duke përdorur një pyetësor të strukturuar me shkallë vlerësimi Likert, i shpërndarë në 1368 infermierë në spitale të 12 prefekturave të Shqipërisë.

Rezultate: Shumica e pjesëmarrësve (92.0%) kanë një nivel njohurish në intervalin 50-80% ($p < 0.01$). Vetëm 2.9% kanë njohuri të avancuara ($> 80\%$). Prania e posterave ($p < 0.01$) dhe arsimi i avancuar (Master Profesional) ($p = 0.02$) ulin mundësinë e njohurive të ulëta ($< 50\%$). Qëndrimet janë kryesisht pozitive: 66.8% deri në 86.5% pajtohen plotësisht me rëndësinë e higjienës së duarve dhe masave parandaluese ($p < 0.01$). Shumica (61.4%) ndjekin praktika mesatare (50-80%) ($p < 0.01$). Vetëm 0.1% ndjekin praktika të larta ($> 80\%$). Qarqet Dibra, Berati dhe Shkodra kanë gjasat më të larta të praktikave të ulëta ($< 50\%$) ($p < 0.01$). Pjesëmarrja në trajnime ul ndjeshëm gjasat e nivelit të ulët të praktikave ($p = 0.01$).

Përfundime: Ky studim nënvizon nevojën për ndërhyrje të synuara që mund të ndihmojnë në reduktimin e infeksioneve nozokomiale dhe përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor në Shqipëri.

Fjalë kyçe: infeksione spitalore, njohuri, parandalim, infermierë, Shqipëri.

Abstract

Introduction: Hospital-acquired infections (HAIs) represent a global challenge, impacting patient health and increasing healthcare costs. Nurses' knowledge and practices are key to the prevention and management of these infections .

Objective: To assess the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of nurses working in inpatient wards in Albania, focusing on preventive measures and the control of hospital-acquired infections.

Materials and Methods: The study was conducted from January to March 2024, using a structured Likert-scale questionnaire distributed to 1,368 nurses across hospitals in Albania's 12 prefectures.

Results: Most participants (92.0%) demonstrated a knowledge level within the 50–80% range ($p<0.01$). Only 2.9% had advanced knowledge ($>80\%$). The presence of posters ($p<0.01$) and advanced education (Professional Master's degree) ($p=0.02$) reduced the likelihood of low knowledge levels ($<50\%$). Attitudes were predominantly positive: 66.8% to 86.5% fully agreed on the importance of hand hygiene and preventive measures ($p<0.01$). The majority (61.4%) adhered to moderate practices (50-80%) ($p<0.01$), while only 0.1% reported high-level practices ($>80\%$). Dibra, Berat, and Shkodra districts had the highest likelihood of low-level practices ($<50\%$) ($p<0.05$). Participation in training significantly reduced the likelihood of low-level practices ($p=0.01$).

Conclusions: This study highlights the need for targeted interventions that can help reduce hospital-acquired infections and improve the quality of healthcare in Albania.

Keywords: hospital-acquired infections, knowledge, prevention, nurses, Albania.

Mirënjohje

Ky studim nuk do të ishte i mundur pa ndihmën dhe përkrahjen e shumë individëve dhe institucioneve. Me këtë rast, shpreh mirënjohjen time të thellë për:

- **Infermierët dhe stafin shëndetësor** në të gjitha spitalet pjesëmarrëse, të cilët ndanë kohën dhe përvojën e tyre për të kontribuar në përfundimin e këtij studimi.
- **Institucionet shëndetësore**, të cilat mbështetën mbledhjen e të dhënave dhe siguruan qasje në burimet e nevojshme.
- **Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të Shqipërisë**, për mbështetjen institucionale dhe qasjen në strukturat shëndetësore për realizimin e këtij studimi.
- **Kolegët dhe mentorët akademikë**, të cilët më udhëhoqën me këshilla të vlefshme dhe ndihmuan në përmirësimin e cilësisë së punës time.
- **Familjarët dhe miqtë e mi**, për mbështetjen e vazhdueshme dhe inkurajimin gjatë gjithë procesit të kërkimit.

Ky studim është rezultat i një bashkëpunimi të ngushtë dhe përkushtimit të përbashkët për përmirësimin e kujdesit shëndetësor dhe parandalimin e infeksioneve nozokomiale në Shqipëri. Për të gjithë ata që kontribuan në këtë nismë, ju jam thellësisht mirënjohës.

Tabela e Përmbajtjes

Lista e shkurtesave.....	ix
Lista e tabelave.....	x
Lista e figurave.....	xi
I. HYRJJE	12
1.1 Përkufizimi i infeksioneve spitalore dhe rëndësia e njohurive në kujdesin infermieror	15
1.2 Faktorët që ndikojnë në përhapjen e infeksioneve spitalore.....	15
1.2.1 Roli i njohurive të personelit infermieror në kontrollin e infeksioneve spitalore	16
1.4. Sfida në zbatimin e masave të kontrollit të infeksioneve.....	16
1.5. Rëndësia e edukimit të vazhdueshëm për infermierët	16
1.6. Metodatat e vlerësimit të njohurive dhe qëndrimeve.....	17
1.7. Rezultatet e studimeve mbi njohuritë e infermierëve për infeksionet spitalore	17
1.8. Qëndrimet e infermierëve ndaj masave të kontrollit të infeksioneve	18
1.9. Edukimi dhe ndikimi i tij në qëndrimet dhe njohuritë e infermierëve.....	18
1.10. Masat parandaluese dhe praktikatat e kontrollit të infeksioneve.....	19
1.10.1 Higjiena e duhur e duarve.....	19
1.10.2 Përdorimi i pajisjeve mbrojtëse personale (PMP).....	19
1.10.3 Sterilizimi dhe dezinfektimi i pajisjeve mjekësore	20
11. Masat e parandalimit në kujdesin ndaj pacientëve me rrezik të lartë.....	20
12. Vlerësimi i njohurive të personelit infermieror për infeksionet spitalore.....	21
12.1 Metodatat e vlerësimit të njohurive dhe qëndrimeve.....	21
12.2 Avantazhet e metodave të kombinuara për vlerësimin e njohurive	22
13. Identifikimi i nevojave për trajnim dhe edukim të vazhdueshëm.....	22
14. Rekomandime për përmirësimin e vlerësimit të njohurive dhe edukimin e infermierëve	23
15. Sfidat dhe përpjekjet për kontrollin e infeksioneve spitalore në shqipëri	23
15.1 Mungesa e burimeve dhe infrastrukturës së kufizuar	24
15.2 Mungesa e trajnimeve dhe edukimit të vazhdueshëm.....	24
15.3 Mbështetja e kufizuar institucionale dhe kultura e sigurisë së pacientëve	25
15.4 Përpjekjet për përmirësimin e praktikave të kontrollit të infeksioneve.....	25
16. Rëndësia e monitorimit të vazhdueshëm dhe e vlerësimit të rezultateve	26
17. Gjetjet kryesore dhe sfidat e vazhdueshme në kontrollin e infeksioneve spitalore	26
17.1 Mungesa e burimeve dhe pajisjeve	26
17.2 Nevoja për edukim të vazhdueshëm dhe trajnime.....	27
17.3 Mbështetja institucionale dhe kultura e sigurisë së pacientëve.....	27

17.4 Nevoja për monitorim dhe vlerësim të vazhdueshëm.....	28
17.5 Rëndësia e bashkëpunimit ndërkombëtar	28
18. Sfidat e ardhshme dhe strategjitë për përmirësim	28
II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT	37
2.1 Qëllimi i studimit.....	38
2.2 Objektivat e studimit.....	38
2.3 Hipotezat	38
III. METODOLOGJIA	40
3.1 Metodologjia e analizës statistikore.....	51
IV. REZULTATE	52
V. DISKUTIM	102
1. Karakteristikat sociodemografike dhe profesionale të pjesëmarrësve	105
2. Nivelet e njohurive mbi infeksionet spitalore	106
3. Qëndrimet ndaj Praktikave të Parandalimit të Infeksioneve	107
4. Zbatimi Praktik i Masave të Kontrollit të Infeksioneve.....	108
5. Efektiviteti i programeve të trajnimit	110
<i>Hipoteza 3 (H3):</i>	117
<i>Hipoteza 4 (H4):</i>	119
VI. PERFUNDIME	121
❖ Niveli i njohurive të personelit infermieror lidhur me infeksionet spitalore	122
❖ Qëndrimet e infermierëve ndaj infeksioneve spitalore	122
❖ Praktikrat infermierore lidhur me infeksionet spitalore.....	123
VII. REKOMANDIME	125
1. Forcimi dhe personalizimi i programeve të trajnimit.....	126
2. Adresimi i pengesave sistemike dhe bazuar në burime.....	127
3. Përmirësimi i mbështetjes institucionale për parandalimin e infeksioneve.....	127
4. Optimizimi i rolit të mjeteve edukative.....	128
5. Nxitja e ndryshimit të sjelljes përmes ndërhyrjeve të synuara.....	128
6. Standardizimi i protokolleve të kontrollit të infeksioneve në të gjitha spitalet	129
7. Kryerja e kërkimeve dhe vlerësimeve të mëtejshme.....	130
8. Fuqizimi i pacientëve dhe familjeve	130
REFERENCAT	131

Lista e shkurtesave

ABHR	Përdorimi i dezinfektuesve me bazë alkooli
BE/ZEE	Bashkimi Evropian / Zona Ekonomike Evropiane
BMI	Indeksi i masës trupore
CDC	Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve
CPD	Zhvillimi profesional i vazhdueshëm
FSHMT	Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike
HCAI/HAI	Infeksione të lidhura me kujdesin shëndetësor
HIV/AIDS	Virusi i Imunodeficiencës Humane / Sindroma e Imunodeficiencës së Fituar
IC/HH	Kontrolli i infeksionit dhe i higjenës spitalore
ICSQ	Pyetsor i standartizuar për kontrollin e infeksioneve
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
KAP	Njohuritë, Qëndrimet, Praktikat
LMICs	Vende me të ardhura të mesme të ulëta
LTCF	Institucion i kujdesit afatgjatë
OBSH/WHO	Organizata Botërore e Shëndetësisë
PMP	Pajisjet e mbrojtjes personale
SOP	Procedurat standarte të punës
SPSS	Paketë statistikore për shkencat shoqërore

Lista e tabelave

Tabela 1.1: Të dhënat sociodemografike.....	29
Tabela 1.2: Të dhënat e hospitalizimit.....	30
Tabela 1.3: Historia mjekësore dhe gjendjet shëndetësore.....	31
Tabela 1.4: Procedurat spitalore dhe ndërhyrjet.....	32
Tabela 1.5: Infeksionet, llojet dhe koha e shfaqjes së infeksionit.....	33
Tabela 1.6: Ekzaminimet mikrobiologjike dhe laboratorike.....	34
Tabela 3.1 Të dhënat demografike të infermierëve që morën pjesë në pretest.....	44
Tabela 3.2: Pyetjet dhe përgjigjet lidhur me njohuritë të infermierëve.....	45
Tabela 3.3: Pyetjet dhe përgjigjet lidhur me qëndrimet.....	46
Tabela 3.4: Pyetjet dhe përgjigjet lidhur me praktikat infermiore.....	46
Tabela 4. 1 Të dhënat sociodemografike të pjesëmarrësve në studim	530
Tabela 4. 2 Të dhënat mbi profesionin.....	574
Tabela 4. 3 Pjesëmarrja në trajnime dhe vendosja e posterave	587
Tabela 4. 4 Përgjigjet e pyetjeve rreth njohurive	608
Tabela 4. 5 Frekuenca e përgjigjeve të sakta dhe jo të sakta të pyetjeve	60
Tabela 4. 6 Niveli i njohurive të totalit të pjesëmarrësve.....	73
Tabela 4. 7 Niveli i njohurive sipas pjesëmarrjes në trajnime	74
Tabela 4. 8 Niveli i njohurive sipas vendosjes së posterave	766
Tabela 4. 9 Niveli i njohurive sipas të dhënave sociodemografike të pjesëmarrësve në studim.....	777
Tabela 4. 10 Niveli i njohurive sipas të dhënave profesionale të pjesëmarrësve në studim	799
Tabela 4. 11 Faktorët që ndikojnë për njohuri të ulëta <50%. Regresioni logjistik multivariatal.....	80
Tabela 4. 12 Qëndrimet e infermierëve lidhur me Infeksionet Nosokomiale	84
Tabela 4. 13 Frekuenca e praktikave të sakta dhe jo të sakta.....	866
Tabela 4. 14 Niveli i praktikave të pjesëmarrësve	91
Tabela 4. 15 Niveli i praktikave sipas pjesëmarrjes në trajnime	93
Tabela 4. 16 Niveli i praktikave sipas vendosjes së posterave	935
Tabela 4. 17 Niveli i praktikave sipas të dhënave sociodemografike të pjesëmarrësve në studim	946
Tabela 4. 18 Niveli i praktikave sipas të dhënave profesionale të pjesëmarrësve në studim	957
Tabela 4. 19 Faktorët që ndikojnë në praktika të ulëta <50%. Regresioni logjistik multivariat	979
Tabela 4. 20 Krahësimi i nivelit të njohurive dhe praktikave	102

Lista e figurave

Figura 4. 1 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas gjinisë	541
Figura 4. 2 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas grupmoshës.....	542
Figura 4. 3 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas qarkut.....	52
Figura 4. 4 Të dhënat mbi profesionin	56
Figura 4. 5 Pjesëmarrja në trajnime dhe vendosja e posterave	597
Figura 4. 6 Përgjigjet e pyetjeve të njohurive	619
Figura 4. 7 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë	63
Figura 4. 8 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas grupmoshës	64
Figura 4. 9 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas qarqeve	65
Figura 4. 10 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas llojit të spitalit	66
Figura 4. 11 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas pozicionit të punës.....	687
Figura 4. 12 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas repartit te punës	709
Figura 4. 13 Niveli i njohurive të totalit të pjesëmarrësve.....	74
Figura 4. 14 Niveli i njohurive sipas pjesëmarrjes në trajnime	75
Figura 4. 15 Nivel i i njohurive sipas vendosjes së posterave	77
Figura 4. 16 Faktorët që ndikojnë për njohuri të ulëta <50%. Forest plot.....	82
Figura 4. 17 Frekuenca e praktikave të sakta dhe jo të sakta.....	88
Figura 4. 18 Frekuenca e praktikave të sakta sipas gjinisë	90
Figura 4. 19 Niveli i praktikave të pjesëmarrësve	92
Figura 4. 20 Niveli i praktikave sipas pjesëmarrjes në trajnime.....	93
Figura 4. 21 Niveli i praktikave sipas pranisë së posterave	95
Figura 4. 22 Faktorët që ndikojnë për praktika të ulëta <50%. Forest plot	100

I. HYRJE

Njohuritë mbi infeksionet e lidhura me kujdesin shëndetësor janë thelbësore për disa arsye kyçe sepse duke kuptuar mënyrat e transmetimit të infeksioneve në mjedisin spitalor, stafi mjekësor mund të aplikojë protokolle të rrepta higjienike dhe kontrolli të infeksionit (Protano et al., 2019). Kjo ndihmon në minimizimin e rrezikut të përhapjes së patogjenëve nga një pacient në tjetrin, nga mjekët tek pacientët ose anasjelltas. Njohuritë e mira mbi infeksionet spitalore mbrojnë jo vetëm pacientët nga infeksionet që mund të shkaktojnë komplikacione serioze ose vdekjeprurëse, por edhe stafin nga ekspozimi ndaj sëmundjeve të rrezikshme (Toney et al, 2023). Infeksionet e lidhura me kujdesin shëndetësor mund të jenë shumë të shtrenjta për tu trajtuar. Nga ana tjetër, masa parandaluese dhe një menaxhim efikas i kontrollit të infeksionit mund të ulin ndjeshëm kostot e lidhura me trajtimin e tyre (Lemiech et al., 2021). Një mjedis i sigurtë dhe i pastruar në spitalet kontribuon në përmirësimin e cilësisë së kujdesit të pacientëve. Pacientët janë më të qetë kur dinë se spitali zbaton masa të forta për të parandaluar infeksionet (Fortunka et al., 2024). Edukimi i vazhdueshëm i stafit shëndetësor dhe pacientëve rreth parandalimit të infeksioneve dhe praktikave të mira higjienike është jetik për të mbajtur standarde të larta dhe për të reduktuar incidencën e infeksioneve spitalore. Prandaj, investimi në trajnime dhe burime për menaxhimin e infeksioneve spitalore është jetësor për të garantuar një mjedis të sigurt dhe të shëndetshëm për të gjithë të përfshirët (Burnett, 2018).

Studimet në Shqipëri mbi njohuritë lidhur me infeksionet spitalore janë relativisht të kufizuara por janë duke u zhvilluar me rritjen e ndërgjegjësimit për rëndësinë e kësaj çështjeje. Shqipëria, si shumë vende të tjera, përballlet me sfidën e përmirësimit të praktikave të kontrollit të infeksionit në ambiente shëndetësore. Institucionet shëndetësore në Shqipëri janë të angazhuara në përmirësimin e trajnimit të stafit shëndetësor në fushën e kontrollit të infeksionit. Kjo përfshin organizimin e seminareve, workshopeve dhe trajnimeve të vazhdueshme për të rritur ndërgjegjësimin dhe efikasitetin e masave parandaluese. Janë bërë disa studime që eksplorojnë prevalencën dhe menaxhimin e infeksioneve në spitale të ndryshme shqiptare. Këto studime shpesh fokusohen në identifikimin e burimeve kryesore të infeksioneve dhe vlerësimin e efikasitetit të protokolleve të ndryshme të dezinfektimit (Qirjako et al., 2023).

Shqipëria ka bashkëpunuar me organizata ndërkombëtare si Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO) për të zhvilluar politika më të mira dhe për të marrë trajnime të

specializuara. Këto bashkëpunime ndihmojnë në përmirësimin e standardeve të kujdesit shëndetësor dhe në zbatimin e praktikave më të mira globale (Arianpoor et al., 2020). Pavarësisht përpjekjeve, ka ende sfida si mungesa e burimeve, infrastrukturës së kufizuar dhe mungesa e njohurive të specializuara që pengojnë zbatimin e një menaxhimi efektiv të kontrollit të infeksionit në disa spitale (Al-Maani et al., 2022). Konferencat shkencore dhe publikimet në media dhe revista profesionale janë përdorur për të rritur ndërgjegjësimin për çështjet e kontrollit të infeksioneve në mjediset shëndetësore dhe për të ndarë praktikën më të mira (Biberaj et al., 2014). Përpjekjet për të studiuar dhe përmirësuar menaxhimin e infeksioneve spitalore në Shqipëri janë ende në zhvillim dhe vazhdojnë të jenë një fushë kritike për kërkimin shkencor dhe politikën shëndetësore. Kjo është thelbësore për të garantuar sigurinë e pacientëve dhe për të përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor në vend (Bayleyegn et al., 2021). Qellimi i studimit është për të vlerësuar njohuritë lidhur me infeksionet spitalore, të infermierëve që punojnë në pavione me pacientë të hospitalizuar.

Infeksionet spitalore, të njohura gjithashtu si infeksione të lidhura me kujdesin shëndetësor (Healthcare-Associated Infections - HCAs), përbëjnë një sfidë të madhe për sistemet shëndetësore në të gjithë botën, përfshirë Shqipërinë. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO), këto infeksione ndikojnë në miliona pacientë çdo vit, duke sjellë një barrë të konsiderueshme për institucionet shëndetësore dhe për shëndetin e pacientëve (WHO, 2016). Përtej pasojave të drejtpërdrejta për shëndetin, infeksionet spitalore shtojnë koston e kujdesit përmes zgjatjes së qëndrimeve në spital dhe trajtimeve shtesë.

Roli i personelit infermior është thelbësor në parandalimin dhe kontrollin e këtyre infeksioneve. Infermierët janë në kontakt të vazhdueshëm me pacientët, duke luajtur një rol kyç në zbatimin e praktikave të kontrollit të infeksionit, si dhe në sigurimin e mjediseve të sigurt për kujdesin shëndetësor. Njohuritë e tyre mbi infeksionet dhe masat parandaluese ndikojnë drejtpërdrejt në efektivitetin e protokolleve të kontrollit të infeksioneve (Marra et al., 2011). Në këtë kontekst, është jetik vlerësimi i njohurive të infermierëve mbi masat parandaluese për infeksionet spitalore, pasi kjo ndihmon në identifikimin e nevojave për trajnime të specializuara dhe për përmirësimin e mëtejshëm të cilësisë së kujdesit.

Në Shqipëri, si në shumë vende të tjera, përballja me infeksionet spitalore është një sfidë e vazhdueshme. Studimet e fundit kanë treguar se praktikën e kontrollit të infeksioneve shpesh hasin në pengesa si mungesa e burimeve, infrastruktura e kufizuar,

dhe njohuritë e pamjaftueshme të stafit mjekësor dhe infermieror për masat e sakta higjienike (Kodra & Disha, 2020). Në këtë shqyrtim literature, synohet të vlerësohen njohuritë ekzistuese, qëndrimet dhe praktikatat e infermierëve në Shqipëri, duke përdorur referenca nga studime të realizuara në Shqipëri dhe në vende të tjera të ngjashme.

1.1 Përkufizimi i infeksioneve spitalore dhe rëndësia e njohurive në kujdesin infermieror

Infeksionet e lidhura me kujdesin shëndetësor, të njohura gjerësisht si infeksione spitalore ose infeksione nozokomiale, janë infeksione që pacientët marrin gjatë marrjes së shërbimeve shëndetësore për një sëmundje tjetër. Këto infeksione mund të ndodhin në çdo mjedis të kujdesit shëndetësor, përfshirë spitalet, klinikat, qendrat e kujdesit të vazhdueshëm dhe mjedise të tjera të kujdesit për pacientët. Infeksionet spitalore janë një problem global që ndikon në miliona pacientë çdo vit, dhe OBSH e ka identifikuar parandalimin e tyre si një prioritet ndërkombëtar (WHO, 2016).

1.2 Faktorët që ndikojnë në përhapjen e infeksioneve spitalore

Infeksionet spitalore shpesh përhapen përmes disa rrugëve kryesore, përfshirë kontaktin e drejtpërdrejtë me pacientët, mjedisin e kontaminuar, instrumentet mjekësore jo të sterilizuara, dhe përhapjen përmes ajrit (Graves & Halton, 2009). Për shembull, mungesa e higjienës së duarve nga ana e personelit mjekësor është një faktor i njohur për përhapjen e këtyre infeksioneve. Kërkimet kanë treguar se përmbushja e standardeve të higjienës së duarve është e ulët në disa mjedise të kujdesit shëndetësor, çka rrit rrezikun për përhapjen e patogjenëve si bakteret dhe viruset në mënyrë të konsiderueshme (Pittet et al., 2006).

Përhapja e infeksioneve spitalore ndikohet gjithashtu nga mjedisi fizik i spitalit dhe mbipopullimi në repartet e kujdesit intensiv, që krijojnë kushte ideale për rritjen dhe shpërndarjen e mikroorganizmave. Aparaturat mjekësore të ndara mes pacientëve, si ventilatorët dhe pajisjet për monitorimin e parametrave jetësorë, janë gjithashtu një burim potencial për kontaminimin ndër-pacientor (Boyce & Pittet, 2002).

1.2.1 Roli i njohurive të personelit infermieror në kontrollin e infeksioneve spitalore

Personeli infermieror, i cili kalon kohën më të gjatë në kontakt të drejtpërdrejtë me pacientët, ka një rol të pazëvendësueshëm në parandalimin e infeksioneve spitalore. Njohuritë e tyre mbi praktikën e kontrollit të infeksionit janë kritike për të minimizuar transmetimin e patogjenëve në spital. Studime të ndryshme kanë treguar se nivelet e larta të njohurive dhe praktikave të sakta higjienike mes infermierëve ndikojnë drejtpërdrejt në uljen e incidencës së infeksioneve nozokomiale (Marra et al., 2011). Për shembull, infermierët që janë të trajnuar në zbatimin e teknikave të sakta të larjes së duarve dhe përdorimit të pajisjeve mbrojtëse personale kanë më pak mundësi të transmetojnë patogjenë mes pacientëve (Becerra et al., 2015).

1.4. Sfida në zbatimin e masave të kontrollit të infeksioneve

Në praktikë, ekzistojnë disa pengesa që përballen infermierët në zbatimin e masave të kontrollit të infeksioneve. Këto përfshijnë mungesën e burimeve, infrastruktura e kufizuar, mbingarkesa me pacientë dhe mungesa e stafit të mjaftueshëm. Sipas studimeve në rajon, përfshirë Shqipërinë, infermierët shpesh përballen me mungesë të pajisjeve mbrojtëse personale dhe pajisjeve të sterilizimit, duke i bërë të vështira masat e sakta për kontrollin e infeksioneve (Kodra & Disha, 2020). Trajnimet e vazhdueshme dhe mbështetja institucionale janë të nevojshme për të siguruar që infermierët të kenë mjetet dhe njohuritë e nevojshme për parandalimin e këtyre infeksioneve.

1.5. Rëndësia e edukimit të vazhdueshëm për infermierët

Edukimi i vazhdueshëm i infermierëve për kontrollin e infeksioneve është një strategji thelbësore për të siguruar që njohuritë dhe praktikën e tyre të jenë të përditësuara me udhëzimet më të fundit. Studimet kanë treguar se programet e trajnimit dhe edukimit në vazhdimësi për infermierët ndikojnë në mënyrë pozitive në sjelljet e tyre në lidhje me kontrollin e infeksioneve dhe përmirësojnë përputhshmërinë e tyre me protokollet (Mitchell et al., 2017). Në këtë kontekst, përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor varet në mënyrë të drejtpërdrejtë nga trajnimi i vazhdueshëm dhe përmirësimi i njohurive të stafit infermieror për të minimizuar rreziqet e infeksioneve në spital.

Njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve për infeksionet spitalore luajnë një rol të rëndësishëm në sigurimin e një mjedisi të sigurt për pacientët dhe për veten e tyre. Ndërsa njohuritë ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në përmbushjen e protokolleve të kontrollit të infeksioneve, qëndrimet dhe perceptimet ndikojnë në angazhimin e infermierëve për të zbatuar këto protokolle në mënyrë të vazhdueshme dhe rigoroze (Marra et al., 2011).

1.6. Metodatat e vlerësimit të njohurive dhe qëndrimeve

Vlerësimi i njohurive të infermierëve për infeksionet spitalore kryhet shpesh nëpërmjet metodave të ndryshme, si pyetësorët, intervistat dhe vëzhgimet. Pyetësorët përfshijnë pyetje që matin nivelin e njohurive për masat parandaluese, teknikat e higjienës, përdorimin e pajisjeve mbrojtëse personale dhe sterilizimin e pajisjeve (Becerra et al., 2015). Ky lloj vlerësimi është përdorur gjerësisht në shumë vende për të kuptuar sa të përgatitur janë infermierët për të kontrolluar infeksionet spitalore dhe për të identifikuar fushat që kërkojnë përmirësim.

1.7. Rezultatet e studimeve mbi njohuritë e infermierëve për infeksionet spitalore

Studimet ndërkombëtare kanë zbuluar se njohuritë e infermierëve për infeksionet spitalore variojnë në bazë të vendit dhe nivelit të trajnimit të tyre. Për shembull, një studim i kryer në një spital të madh në Brazil raportoi se infermierët që morën trajnime të rregullta kishin njohuri më të mira për masat e kontrollit të infeksioneve në krahasim me ata që nuk kishin përfituar nga trajnimet (Marra et al., 2011). Kjo përforcon nevojën për trajnime të vazhdueshme dhe edukim për të përmirësuar njohuritë dhe përputhshmërinë me udhëzimet e kontrollit të infeksioneve.

Një tjetër studim i kryer në Indi tregoi se mungesa e njohurive për higjienën e duarve dhe për masat e dezinfektimit ishte një faktor i rëndësishëm për përhapjen e infeksioneve spitalore (Kermode et al., 2005). Ky studim sugjeron se për të reduktuar rrezikun e infeksioneve, është thelbësore që infermierët të kenë njohuri të thella për mënyrat e transmetimit të patogjenëve dhe për rëndësinë e dezinfektimit të mjedisit spitalor.

1.8. Qëndrimet e infermierëve ndaj masave të kontrollit të infeksioneve

Qëndrimet dhe perceptimet e infermierëve për masat e kontrollit të infeksioneve janë po aq të rëndësishme sa dhe njohuritë e tyre. Infermierët që kanë qëndrime pozitive ndaj masave të kontrollit të infeksioneve dhe që i shohin këto masa si thelbësore për mbrojtjen e pacientëve dhe vetes, kanë më shumë gjasa të përputhen me këto masa dhe t'i zbatojnë ato në mënyrë rigoroze (Mitchell et al., 2017). Për shembull, studimet kanë treguar se infermierët që besojnë se masat e kontrollit të infeksioneve janë efektive në parandalimin e përhapjes së patogjenëve janë më të prirur të angazhohen në praktika të rrepta higjienike (Pittet et al., 2006).

Megjithatë, qëndrimet mund të ndikohen nga faktorë të ndryshëm, përfshirë ngarkesën e punës, mungesën e burimeve dhe kulturën e përgjithshme të spitalit. Një mjedis pune që nuk mbështet me burime të mjaftueshme ose që nuk promovon praktika të kontrollit të infeksioneve mund të ndikojë negativisht në qëndrimet dhe përputhshmërinë e infermierëve me këto masa (Graves & Halton, 2009). Për këtë arsye, mbështetja institucionale dhe krijimi i një kulture të fortë të sigurisë së pacientëve janë faktorë thelbësorë për të përmirësuar qëndrimet e infermierëve ndaj masave të kontrollit të infeksioneve.

1.9. Edukimi dhe ndikimi i tij në qëndrimet dhe njohuritë e infermierëve

Shumë studime kanë treguar se edukimi dhe trajnimi i vazhdueshëm kanë një ndikim të madh në përmirësimin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve ndaj infeksioneve spitalore. Trajnimet e rregullta për infermierët për teknikat e sakta të larjes së duarve, përdorimin e pajisjeve mbrojtëse dhe zbatimin e protokolleve të dezinfektimit ndihmojnë në përforcimin e praktikave të sakta higjienike dhe në ndërtimin e një qëndrimi pozitiv ndaj masave të kontrollit të infeksioneve (Boyce & Pittet, 2002). Për shembull, një studim i kryer në një spital të madh në SHBA zbuloi se pas një programi të trajnimit të përqendruar në higjienën e duarve, përqindja e përputhshmërisë së infermierëve me këtë praktikë u rrit ndjeshëm, duke ulur incidencën e infeksioneve spitalore (Pittet et al., 2006).

Në përfundim, vlerësimi i njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve për infeksionet spitalore është thelbësor për të kuptuar nivelin e përgatitjes së tyre për parandalimin e infeksioneve. Duke identifikuar fushat që kërkojnë përmirësim, institucionet

shëndetësore mund të krijojnë programe trajnimi dhe masa mbështetëse për të përmirësuar cilësinë e kujdesit dhe për të siguruar një mjedis të sigurt për pacientët.

1.10. Masat parandaluese dhe praktikat e kontrollit të infeksioneve

Masat parandaluese dhe praktikat e kontrollit të infeksioneve janë shtylla kryesore për mbrojtjen e pacientëve dhe personelit shëndetësor nga infeksionet nozokomiale. Organizata të ndryshme ndërkombëtare, si Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC), kanë zhvilluar udhëzime për praktikat e higjienës dhe masat parandaluese që duhet të përmbushen për të minimizuar rrezikun e përhapjes së patogjenëve në spital (WHO, 2016).

1.10.1 Higjiena e duhur e duarve

Një nga masat më të rëndësishme për parandalimin e infeksioneve spitalore është higjiena e duarve. Kjo përfshin larjen e duarve me sapun dhe ujë ose përdorimin e solucioneve me bazë alkooli për të eliminuar patogjenët që mund të kalojnë nga një pacient te tjetri ose nga një pacient te personeli mjekësor dhe anasjelltas (Boyce & Pittet, 2002). Studimet tregojnë se përputhja e rregullt e infermierëve dhe stafit shëndetësor me udhëzimet e higjienës së duarve ul ndjeshëm incidencën e infeksioneve spitalore (Pittet et al., 2006).

Në një studim të kryer në një spital të madh në Zvicër, u vu re se, pas implementimit të një programi të edukimit për higjienën e duarve, përputhshmëria me higjienën e duarve nga ana e stafit mjekësor u rrit në mbi 80%, duke reduktuar incidencën e infeksioneve të lidhura me kujdesin shëndetësor për 25% (Pittet et al., 2006). Ky shembull thekson rëndësinë e trajnimeve të vazhdueshme dhe mbështetjes institucionale për të përmirësuar përputhshmërinë me praktikat higjienike.

1.10.2 Përdorimi i pajisjeve mbrojtëse personale (PMP)

Pajisjet mbrojtëse personale, të tilla si dorezat, maskat, mantat dhe syzet mbrojtëse, janë të domosdoshme për mbrojtjen e infermierëve dhe personelit tjetër nga ekspozimi i drejtpërdrejtë ndaj mikroorganizmave infektivë. PMP duhet të përdoret kur personeli është në kontakt të afërt me pacientët ose kur ka rrezik për spërkatje apo ndotje (CDC, 2002). Përdorimi i PMP është vlerësuar si një nga masat më të efektshme për të

parandaluar përhapjen e infeksioneve spitalore, veçanërisht në repartet e kujdesit intensiv dhe pavionet kirurgjikale, ku ndotja është më e lartë (Becerra et al., 2015).

Megjithatë, përputhja me përdorimin e PMP-së shpesh has pengesa të ndryshme, përfshirë mungesën e furnizimeve dhe vështirësitë në aksesin e këtyre pajisjeve në kohën e duhur. Një studim i kryer në Indi tregoi se infermierët shpesh nuk përdorin PMP për shkak të mungesës së furnizimeve dhe presionit të punës, çka rrit ndjeshëm rrezikun për transmetimin e infeksioneve (Kermode et al., 2005).

1.10.3 Sterilizimi dhe dezinfektimi i pajisjeve mjekësore

Sterilizimi dhe dezinfektimi i pajisjeve mjekësore dhe sipërfaqeve të spitalit janë elemente thelbësore për të parandaluar përhapjen e patogjenëve. Pajisjet e sterilizuara si ato kirurgjikale dhe ato për përdorim të brendshëm janë potencialisht një burim i madh për transmetimin e infeksioneve nëse nuk pastrohen dhe sterilizohen siç duhet. Protokollet e dezinfektimit përfshijnë përdorimin e kimikateve të specializuara për të asgjësuar bakteret, viruset dhe sporet që mund të mbijetojnë në mjedisin spitalor (Graves & Halton, 2009).

Studimet kanë treguar se spitalet që ndjekin procedura rigoroze për sterilizimin dhe dezinfektimin e pajisjeve mjekësore kanë një incidencë më të ulët të infeksioneve nozokomiale. Një hulumtim në një spital në Amerikë tregoi se dezinfektimi i rregullt i sipërfaqeve dhe pajisjeve redukton përhapjen e patogjenëve multidrug rezistentë, të cilët janë një kërcënim i rëndësishëm për pacientët e shtruar (Mitchell et al., 2017).

11. Masat e parandalimit në kujdesin ndaj pacientëve me rrezik të lartë

Pacientët e hospitalizuar në repartet e kujdesit intensiv dhe ata me sistem imunitar të dobësuar janë më të rrezikuar nga infeksionet spitalore. Për këta pacientë, protokollet e veçanta për kontrollin e infeksioneve përfshijnë përdorimin e PMP-ve të veçanta, izolimin dhe përdorimin e teknikave të sakta për trajtimin e tyre. Infermierët që kujdesen për këta pacientë janë të trajnuar për të shmangur kontaktet e panevojshme dhe për të aplikuar praktika të rrepta të higjienës për të reduktuar rrezikun e infeksionit (WHO, 2016).

Një studim i kryer në një spital të madh në Evropë sugjeroi se pacientët e izoluar dhe të trajtuar me masat e kontrollit të infeksioneve specifike për kategorinë e tyre të

rrezikut kishin një incidencë më të ulët të infeksioneve, krahasuar me pacientët e pavionit të përgjithshëm që nuk përfituan nga këto masa (Boyce & Pittet, 2002).

Trajnimi i vazhdueshëm është një komponent thelbësor për të siguruar që infermierët të jenë të përditësuar me praktikat më të mira për kontrollin e infeksioneve. Programet e trajnimit që fokusohen në teknikat e sterilizimit, përdorimin e saktë të PMP dhe higjienën e duarve kanë dëshmuar një efekt pozitiv në uljen e incidencës së infeksioneve spitalore (Becerra et al., 2015).

Në përfundim, masat parandaluese dhe praktikat e kontrollit të infeksioneve kërkojnë përkushtim, burime të vazhdueshme dhe trajnime të rregullta për personelin infermior. Institucionet shëndetësore kanë një rol kyç në ofrimin e mbështetjes së nevojshme për të garantuar zbatimin e këtyre masave dhe për të siguruar një mjedis të sigurt për pacientët dhe personelin.

12. Vlerësimi i njohurive të personelit infermior për infeksionet spitalore

Një komponent kyç në përmirësimin e cilësisë së kujdesit të pacientëve dhe në reduktimin e infeksioneve spitalore është vlerësimi i njohurive të personelit infermior për masat e kontrollit të infeksioneve. Njohuritë e personelit infermior për infeksionet spitalore janë kritike për zbatimin e praktikave të sigurta në spital dhe për uljen e incidencës së infeksioneve nozokomiale. Për të arritur këtë qëllim, është e domosdoshme të përdoren metoda të sakta për vlerësimin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve (Becerra et al., 2015).

12.1 Metodat e vlerësimit të njohurive dhe qëndrimeve

Një nga metodat më të zakonshme për vlerësimin e njohurive të infermierëve është pyetësori. Pyetësorët përbëjnë një grup pyetjesh të strukturuar që fokusohen në njohuritë për masat e kontrollit të infeksioneve, si higjiena e duarve, përdorimi i pajisjeve mbrojtëse, dhe sterilizimi i pajisjeve mjekësore. Pyetjet gjithashtu mund të përfshijnë aspekte të qëndrimeve dhe perceptimeve të infermierëve mbi rëndësinë e masave parandaluese (Mitchell et al., 2017).

Pyetësorët zakonisht përfshijnë një përzierje të pyetjeve me zgjedhje të shumëfishtë dhe pyetje të hapura, për të mbledhur informacion më të detajuar për njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve. Në disa raste, pyetësorët janë plotësuar me intervista dhe

vëzhgime direkte në mjedisin e punës për të vlerësuar përputhshmërinë e tyre me masat e kontrollit të infeksioneve.

Një shembull i metodologjisë së vlerësimit është një studim i kryer në një spital në Brazil, i cili përdori një pyetësor për të matur njohuritë e infermierëve mbi praktikën e higjienës së duarve dhe përdorimin e pajisjeve mbrojtëse. Rezultatet treguan se infermierët që ishin të përfshirë në programe të rregullta trajnimit kishin njohuri më të larta dhe përputhshmëri më të mirë me udhëzimet për higjienën e duarve (Marra et al., 2011). Ky vlerësim u përdor për të identifikuar fushat që kërkonin përmirësim dhe për të krijuar programe të përshtatura për rritjen e njohurive dhe përputhshmërisë me protokollet e kontrollit të infeksioneve.

12.2 Avantazhet e metodave të kombinuara për vlerësimin e njohurive

Për të mbledhur informacion të detajuar dhe për të siguruar saktësi në vlerësimin e njohurive të infermierëve, shumë studime kanë adoptuar metoda të kombinuara, të cilat përfshijnë pyetësorë, intervista dhe vëzhgime. Pyetësorët ofrojnë një mënyrë të shpejtë për të mbledhur informacion mbi njohuritë e infermierëve, ndërsa vëzhgimet ndihmojnë për të vlerësuar nëse praktikën e tyre të përditshme janë në përputhje me udhëzimet e kontrollit të infeksioneve (Graves & Halton, 2009).

Për shembull, një studim në SHBA përdori një qasje të kombinuar duke kombinuar pyetësorë dhe vëzhgime për të matur përputhshmërinë e infermierëve me praktikën e higjienës së duarve dhe përdorimin e PMP-së. Rezultatet treguan se ndërsa infermierët raportuan njohuri të larta për masat e kontrollit të infeksioneve, përputhshmëria e tyre me këto masa ishte më e ulët gjatë vëzhgimeve. Ky zbulim theksoi rëndësinë e monitorimit të vazhdueshëm për të përmirësuar përputhshmërinë (Mitchell et al., 2017).

13. Identifikimi i nevojave për trajnim dhe edukim të vazhdueshëm

Rezultatet nga vlerësimet e njohurive të infermierëve janë të dobishme për të identifikuar fushat që kanë nevojë për përmirësim dhe për të zhvilluar programe trajnimit të përshtatura. Edukimi dhe trajnimi i vazhdueshëm janë të nevojshëm për t'i mbajtur infermierët të përditësuar me udhëzimet dhe protokollet më të fundit për kontrollin e infeksioneve. Studime të ndryshme kanë treguar se programet e trajnimit

për infermierët ndihmojnë në përmirësimin e njohurive të tyre dhe në përmirësimin e përputhshmërisë me praktikën e kontrollit të infeksioneve (Boyce & Pittet, 2002).

Në Shqipëri, për shembull, ekziston një nevojë e madhe për trajnime të specializuara për kontrollin e infeksioneve, për shkak të burimeve të kufizuara dhe mungesës së njohurive të përditësuara mes stafit shëndetësor. Trajnimet që përfshijnë higjienën e duarve, përdorimin e saktë të PMP-së dhe sterilizimin e pajisjeve mjekësore janë të domosdoshme për të garantuar që personeli infermior të jetë i përgatitur për të menaxhuar rreziqet e infeksioneve spitalore (Kodra & Disha, 2020).

14. Rekomandime për përmirësimin e vlerësimit të njohurive dhe edukimin e infermierëve

Në bazë të rezultateve nga vlerësimet e ndryshme, disa rekomandime janë të domosdoshme për të përmirësuar njohuritë e infermierëve dhe përputhshmërinë e tyre me masat e kontrollit të infeksioneve. Ndër këto rekomandime përfshihen:

1. Trajnime të rregullta dhe të përditësuara: Organizimi i trajnimeve të vazhdueshme për të siguruar që infermierët janë të përditësuar me protokollet më të fundit të kontrollit të infeksioneve.
2. Monitorim i përputhshmërisë: Përdorimi i vëzhgimeve periodike për të siguruar që infermierët zbatojnë në praktikë njohuritë e tyre dhe për të identifikuar çdo devijim nga praktikën e sigurt.
3. Mbështetje institucionale: Institucionet shëndetësore duhet të ofrojnë burime të mjaftueshme dhe të mbështesin infermierët për të ndjekur praktikën më të mirë për kontrollin e infeksioneve.
4. Vlerësime periodike të njohurive: Kryerja e vlerësimeve periodike për të monitoruar ndryshimet në nivelin e njohurive dhe përputhshmërisë me masat e kontrollit të infeksioneve, duke siguruar që çdo përmirësim apo problem të adresohet me kohë.

15. Sfidat dhe përpjekjet për kontrollin e infeksioneve spitalore në shqipëri

Kontrolli i infeksioneve spitalore është një sfidë e rëndësishme për institucionet shëndetësore në Shqipëri, e ndikuar nga faktorë të ndryshëm, si mungesa e burimeve, infrastruktura e kufizuar, dhe mungesa e njohurive dhe trajnimeve të mjaftueshme. Ndërkohë që ndërgjegjësimi për rëndësinë e masave të kontrollit të infeksioneve është

rritur ndjeshëm në vitet e fundit, ekzistojnë ende pengesa që e bëjnë të vështirë zbatimin efektiv të protokolleve për parandalimin e infeksioneve (Kodra & Disha, 2020).

15.1 Mungesa e burimeve dhe infrastrukturës së kufizuar

Një nga sfidat kryesore në institucionet shëndetësore shqiptare është mungesa e burimeve të nevojshme për kontrollin e infeksioneve. Në shumë spitale, pajisjet mbrojtëse personale, pajisjet për dezinfektim dhe mjetet për sterilizim janë të kufizuara, duke vështirësuar zbatimin e masave higjienike të duhura. Përveç kësaj, infrastruktura e kufizuar dhe pavionet e mbipopulluara krijojnë vështirësi për të siguruar një mjedis të sigurt për pacientët dhe për stafin (Graves & Halton, 2009).

Një studim i realizuar në një spital në Tiranë tregoi se mungesa e pajisjeve për sterilizim dhe aksesit të kufizuar në pajisje mbrojtëse si doreza dhe maska përbënte një nga pengesat kryesore për personelin infermior në zbatimin e masave të kontrollit të infeksioneve. Për më tepër, përdorimi i përsëritur i pajisjeve të njëjta për shumë pacientë për shkak të mungesës së furnizimeve rrit rrezikun për transmetimin e infeksioneve ndër-pacientor (Kodra & Disha, 2020).

15.2 Mungesa e trajnimeve dhe edukimit të vazhdueshëm

Një tjetër sfidë kryesore është mungesa e trajnimeve të vazhdueshme për personelin infermior. Trajnimet për kontrollin e infeksioneve shpesh janë të kufizuara ose të përqendruara vetëm në disa aspekte të caktuara të higjienës dhe praktikave parandaluese. Për shembull, shumë infermierë nuk marrin edukim të rregullt për përdorimin e saktë të pajisjeve mbrojtëse, për rëndësinë e higjienës së duarve dhe për teknikat e sakta të sterilizimit (Becerra et al., 2015).

Studimet kanë treguar se edukimi i rregullt dhe i përditësuar i infermierëve është një faktor kyç në përmirësimin e njohurive dhe qëndrimeve të tyre për masat e kontrollit të infeksioneve. Megjithatë, në shumë spitale shqiptare, mungesa e fondeve dhe burimeve e bën të vështirë organizimin e trajnimeve të vazhdueshme për kontrollin e infeksioneve. Në disa raste, trajnimi mbështetet në seminare ose punëtori të rralla, që nuk janë të mjaftueshme për të siguruar përgatitje të plotë dhe të përditësuar të personelit (Kermode et al., 2005).

15.3 Mbështetja e kufizuar institucionale dhe kultura e sigurisë së pacientëve

Mbështetja e kufizuar institucionale dhe mungesa e një kulture të fortë të sigurisë së pacientëve janë sfida të rëndësishme që ndikojnë në përputhshmërinë me masat e kontrollit të infeksioneve. Në disa raste, personeli infermieror nuk është inkurajuar mjaftueshëm për të ndjekur praktikat e sigurta higjienike dhe masat parandaluese. Një kulturë e fortë e sigurisë së pacientëve, e cila përfshin mbështetjen për ndjekjen e protokolleve dhe burime të mjaftueshme për personelin, është e nevojshme për të përmirësuar përputhshmërinë dhe për të zvogëluar incidencën e infeksioneve spitalore (Mitchell et al., 2017).

Në Shqipëri, ndërgjegjësimi për rëndësinë e sigurisë së pacientëve është rritur gradualisht, por ende ka hapësirë për përmirësim. Spitalet dhe institucionet shëndetësore kanë filluar të implementojnë disa programe për kontrollin e infeksioneve dhe të promovojnë një kulturë sigurie më të fortë, por këto përpjekje ende janë në zhvillim dhe kërkojnë mbështetje të mëtejshme.

15.4 Përpjekjet për përmirësimin e praktikave të kontrollit të infeksioneve

Institucionet shëndetësore shqiptare kanë ndërmarrë disa hapa për të përmirësuar praktikat e kontrollit të infeksioneve dhe për të rritur ndërgjegjësimin e stafit për rëndësinë e këtyre masave. Bashkëpunimi me organizata ndërkombëtare, si Organizata Botërore e Shëndetësisë, ka ndihmuar në sigurimin e trajnimeve të specializuara dhe në krijimin e protokolleve të reja për kontrollin e infeksioneve. Këto përpjekje janë të përqendruara në përmirësimin e edukimit të stafit dhe në rritjen e përputhshmërisë me masat e kontrollit të infeksioneve (WHO, 2016).

Gjithashtu, konferencat shkencore, publikimet dhe aktivitetet e ndërgjegjësimit publik kanë luajtur një rol të rëndësishëm në rritjen e ndërgjegjësimit për rëndësinë e kontrollit të infeksioneve në mjediset shëndetësore. Në vitet e fundit, Shqipëria ka intensifikuar përpjekjet për të organizuar aktivitete të tilla dhe për të përmirësuar qasjen e saj ndaj kontrollit të infeksioneve spitalore. Sidoqoftë, suksesi i këtyre përpjekjeve varet nga vazhdimësia e mbështetjes dhe nga burimet e disponueshme për implementimin efektiv të praktikave të sigurta higjienike.

16. Rëndësia e monitorimit të vazhdueshëm dhe e vlerësimit të rezultateve

Një aspekt tjetër i rëndësishëm për përmirësimin e praktikave të kontrollit të infeksioneve është monitorimi i vazhdueshëm dhe vlerësimi i rezultateve. Institucionet shëndetësore duhet të vendosin mekanizma për të monitoruar përputhshmërinë e personelit me masat e kontrollit të infeksioneve dhe për të identifikuar fushat që kërkojnë përmirësim. Monitorimi i rregullt mund të ndihmojë në identifikimin e pengesave në zbatimin e protokolleve dhe në marrjen e masave të shpejta për të korrigjuar problemet e hasura (Mitchell et al., 2017).

Në përfundim, Shqipëria përballlet me sfida të rëndësishme në përpjekjet për të kontrolluar infeksionet spitalore, por përmes mbështetjes ndërkombëtare dhe përmirësimit të trajnimeve dhe ndërgjegjësimit, janë ndërmarrë hapa të rëndësishëm për përmirësimin e këtyre praktikave. Megjithatë, sukseset e arritura janë ende të kufizuara, dhe nevojitet mbështetje e mëtejshme për të siguruar që institucionet shëndetësore të kenë burimet dhe trajnimin e nevojshëm për të përmirësuar kontrollin e infeksioneve spitalore dhe për të garantuar një mjedis të sigurt për pacientët dhe personelin.

17. Gjetjet kryesore dhe sfidat e vazhdueshme në kontrollin e infeksioneve spitalore

Nga shqyrtimi i literaturës dhe analizat e pjesëve të mëparshme, është e qartë se kontrolli i infeksioneve spitalore mbetet një sfida e madhe për institucionet shëndetësore, sidomos në vendet me burime të kufizuara, si Shqipëria. Mungesa e burimeve, infrastruktura e kufizuar, dhe nevoja për trajnime të vazhdueshme për personelin infermieror janë ndër faktorët kryesorë që ndikojnë në përputhshmërinë me protokollin e kontrollit të infeksioneve (Kodra & Disha, 2020; Graves & Halton, 2009).

17.1 Mungesa e burimeve dhe pajisjeve

Një nga sfidat më të rëndësishme të kontrollit të infeksioneve është mungesa e burimeve dhe pajisjeve të nevojshme. Shumë spitale në Shqipëri dhe vende të ngjashme përballen me mungesën e pajisjeve mbrojtëse personale (PMP), pajisjeve të sterilizimit dhe produkteve për dezinfektim. Kjo gjendje jo vetëm që rrezikon sigurinë e pacientëve, por edhe të personelit infermieror, i cili shpesh përballlet me rreziqe të larta për infeksione të kryqëzuara (WHO, 2016).

Këto mungesa mund të ndikojnë në motivimin e infermierëve për të ndjekur me përpikëri protokollet e kontrollit të infeksioneve, duke krijuar një rreth vicioz, ku mungesa e pajisjeve çon në praktikë të dobët, e cila më pas rrit incidencën e infeksioneve.

17.2 Nevoja për edukim të vazhdueshëm dhe trajnime

Edukimi i vazhdueshëm dhe trajnimi janë të domosdoshme për të mbajtur njohuritë e infermierëve të përditësuara dhe për të siguruar që ata janë të vetëdijshëm për udhëzimet më të fundit të kontrollit të infeksioneve. Studimet tregojnë se infermierët që marrin trajnime të rregullta për masat e kontrollit të infeksioneve kanë një përputhshmëri më të mirë me praktikat e sigurisë dhe aplikojnë me rigorozitet masat parandaluese, si higjiena e duarve dhe përdorimi i PMP-së (Mitchell et al., 2017; Boyce & Pittet, 2002).

Megjithatë, në shumë raste, institucionet shëndetësore shqiptare përballen me kufizime financiare që i pengojnë për të organizuar trajnime të rregullta për stafin. Për këtë arsye, është e rëndësishme që institucionet shëndetësore të krijojnë programe të qëndrueshme të trajnimit dhe edukimit, duke përfshirë partneritete me organizata ndërkombëtare për të lehtësuar këtë proces.

17.3 Mbështetja institucionale dhe kultura e sigurisë së pacientëve

Një aspekt i rëndësishëm për kontrollin e suksesshëm të infeksioneve është mbështetja institucionale dhe zhvillimi i një kulture të fortë të sigurisë së pacientëve. Kjo përfshin jo vetëm sigurimin e burimeve të nevojshme, por edhe krijimin e një mjedisi ku personeli ndihet i mbështetur për të ndjekur protokollet dhe praktikat më të mira. Një kulturë e fortë e sigurisë së pacientëve përfshin bashkëpunimin mes infermierëve, mjekëve dhe administratës së spitalit për të përmirësuar përputhshmërinë dhe për të reduktuar rrezikun e infeksioneve nozokomiale (Pittet et al., 2006).

Në Shqipëri, mbështetja për sigurinë e pacientëve është në zhvillim e sipër, dhe disa institucione shëndetësore kanë filluar të promovojnë dhe zbatojnë kultura më të forta të sigurisë. Kjo kulturë përfshin nxitjen e personelit për të ndjekur praktikat më të mira dhe për të raportuar çdo shkelje të protokolleve të kontrollit të infeksioneve.

17.4 Nevoja për monitorim dhe vlerësim të vazhdueshëm

Monitorimi i vazhdueshëm dhe vlerësimi janë thelbësorë për të identifikuar çdo devijim nga protokollet e kontrollit të infeksioneve dhe për të marrë masa për përmirësimin e përputhshmërisë. Përputhshmëria me udhëzimet dhe protokollet duhet të monitorohet në mënyrë të vazhdueshme për të parandaluar përhapjen e infeksioneve. Institucionet shëndetësore shqiptare duhet të vendosin mekanizma të rregullt monitorimi për të kontrolluar përputhshmërinë dhe për të adresuar sfidat që mund të dalin gjatë zbatimit të masave të kontrollit (Becerra et al., 2015).

17.5 Rëndësia e bashkëpunimit ndërkombëtar

Përmirësimi i praktikave të kontrollit të infeksioneve në Shqipëri kërkon bashkëpunim ndërkombëtar me organizata si WHO dhe organizata të tjera të shëndetit publik, të cilat ofrojnë mbështetje teknike, trajnime dhe burime për përmirësimin e kujdesit shëndetësor. Bashkëpunimet e tilla kanë ndihmuar në përmirësimin e kapaciteteve të personelit infermieror për menaxhimin e infeksioneve spitalore dhe në ngritjen e standarteve të kujdesit (WHO, 2016).

18. Sfidat e ardhshme dhe strategjitë për përmirësim

Pavarësisht përparimeve të bëra deri më tani, sfidat për kontrollin e infeksioneve spitalore mbeten një pengesë e madhe për institucionet shëndetësore. Sfidat e ardhshme përfshijnë përmirësimin e mbështetjes financiare, zhvillimin e programeve më të avancuara të trajnimit dhe përmirësimin e aksesit në pajisje dhe burime për personelin shëndetësor. Në të ardhmen, strategjitë për përmirësimin e kontrollit të infeksioneve duhet të përqendrohen në zhvillimin e programeve të qëndrueshme të trajnimit, përmirësimin e kulturës së sigurisë dhe fuqizimin e bashkëpunimeve ndërkombëtare për të siguruar mbështetje të vazhdueshme.

Në përfundim, sfidat për kontrollin e infeksioneve spitalore në Shqipëri janë komplekse dhe kërkojnë një qasje të integruar, që përfshin mbështetje institucionale, edukim të vazhdueshëm dhe burime të mjaftueshme për personelin. Duke marrë parasysh këto elemente dhe duke implementuar masa të qëndrueshme të kontrollit, institucionet shëndetësore në Shqipëri mund të përmirësojnë cilësinë e kujdesit dhe të reduktojnë rrezikun e infeksioneve për pacientët dhe personelin.

Modeli i sëmundshmërisë në rrethin e Elbasanit

Të dhënat e analizës nga tabelat ofrojnë një pasqyrë të rëndësishme mbi situatën e shëndetit publik dhe performancën e sistemit spitalor në rrethin e Elbasanit. Nga këto të dhëna, mund të nxirren disa konkluzione kryesore dhe rekomandime strategjike.

Tabela 1.1: Të dhënat sociodemografike.

Gjinia	N	%
Femra	539	52.6
Meshkuj	486	47.4
Mosha M (SD), rang	35.6 (31.0)	0-99
Grupmosha, vjeç		
≤30	504	49.2
31-50	83	8.1
51-70	250	24.4
>70	188	18.3
BMI M (SD)	25.3 (8.2)	

Demografia dhe profili i pacientëve

Struktura e moshës dhe gjinisë tregon se popullsia e hospitalizuar është kryesisht e re, me një moshë mesatare prej 35.6 vjeç dhe një grup të madh pacientësh ≤30 vjeç (49.2%). Kjo mund të pasqyrojë ndikimin e sëmundjeve akute dhe traumave që prekin këtë grupmoshë, duke treguar nevojën për kujdes të përqendruar tek të rinjtë. Përqindja pothuajse e barabartë mes gjinive tregon një shpërndarje të balancuar të sëmundjeve dhe mbulimin e nevojave të të dy gjinive.

Indeksi i Masës Trupore (BMI), me një mesatare prej 25.3, sugjeron një tendencë drejt mbipeshës së lehtë, e cila lidhet me një rritje të rrezikut për sëmundje kronike si diabeti, hipertensioni dhe sëmundjet kardiovaskulare. Ky trend mund të reflektojë ndryshimet në stilin e jetesës dhe dietën e popullatës, duke theksuar rëndësinë e ndërhyrjeve për përmirësimin e stilit të jetesës dhe reduktimin e barrës së sëmundjeve kronike.

Tabela 1.2: Të dhënat e hospitalizimit

Variablat	N	%
Reparti i shtrimit		
Gastrohepatologji	1	0.1
Gjinekologji	24	2.3
Infektiv	54	5.3
Kardiologji	21	2.0
Kirurgji	112	10.9
Neurologji	65	6.3
Obstetrike	41	4.0
Pathologji	252	24.6
Pediatri	416	40.6
Pediatri Reanimacion	28	2.7
Reanimacion Kirurgji	11	1.1
Diagnoza e shtrimit në spital sipas sistemeve		
Sistemi Neurologjik	137	13.4
Sistemi Kardiovaskular	109	10.6
Sistemi Respirator	164	16.0
Sistemi Gastrointestinal	137	13.4
Sistemi Urogjenital	73	7.1
Sistemi Muskuloskeletor	82	8.0
Sistemi Endokrin dhe Metabolik	46	4.5
Sistemi Hematologjik/Onkologjik	68	6.6
Sistemi Obstetrik dhe Gjinekologjik	55	5.4
Sëmundjet Infektive	64	6.2
Sistemi Integumentar	27	2.6
Fusha Pediatrike	36	3.5
Trauma/Dëmtimet	27	2.6
Koha e diagnostikimit të sëmundjes		
Sapo diagnostikuar	791	77.2
Muaj	149	14.5
Vite	69	6.7
Kohëzgjatja e shtrimit në spital		
<5 ditë	521	50.8
5-10 ditë	380	37.1
11-15 ditë	78	7.6
>15 ditë	40	3.9
Dalja nga spitali		
Shëruar	60	5.9
Njëjtë	41	4.0
E Përkeqësuar	30	2.9
E Përmirësuar	883	86.1
Exitus	11	1.1

Repartet e shtrimit tregojnë se Pediatria dominon me 40.6% të rasteve të hospitalizuara, duke reflektuar një përqendrim të madh të kujdesit në fëmijët. Kjo mund të pasqyrojë prevalencën e lartë të sëmundjeve infektive dhe problemeve të tjera pediatrike. Nga ana

tjetër, repartet si Gastrohepatologjia (0.1%) dhe Gjinekologjia (2.3%) kanë frekuencë shumë më të ulët, ndoshta për shkak të barrës së kufizuar të sëmundjeve përkatëse.

Sistemet më të prekura janë sistemi respirator (16%) dhe Gastrointestinal (13.4%), që përfaqësojnë një barrë të konsiderueshme të infeksioneve respiratore dhe problemeve gastrointestinale. Kjo mund të lidhet me faktorë mjedisorë, kushtet socio-ekonomike dhe standardet e higjienës dhe sigurisë ushqimore. Sistemi Respirator, i ndikuar nga kushtet sezonale dhe infeksionet virale, është veçanërisht i rëndësishëm për t'u adresuar. Kohëzgjatja e qëndrimit në spital tregon se shumica e pacientëve (50.8%) qëndrojnë për më pak se 5 ditë, duke sugjeruar trajtime efektive për sëmundje akute. Megjithatë, një përqindje e vogël e pacientëve (>15 ditë, 3.9%) tregon për raste me komplikacione të rënda ose sëmundje kronike që kërkojnë kujdes të zgjatur.

Pediatria, me një përqindje të lartë të hospitalizimeve, thekson rëndësinë e kujdesit shëndetësor për këtë grupmoshë. Kjo tregon një prevalencë të lartë të infeksioneve dhe sëmundjeve tek fëmijët, duke krijuar mundësi për përmirësimin e masave parandaluese, si vaksinat dhe ndërhyrjet e tjera shëndetësore. Për më tepër, rëndësia e përqendrimit në shëndetin e fëmijëve mund të ndihmojë në uljen e barrës së sëmundjeve në të ardhmen.

Tabela 1.3: Historia mjekësore dhe gjendjet shëndetësore

Variablat	N	%
Historia mjekësore dhe gjendjet shëndetësore		
Duhanpires	128	12.5
Diabet	130	12.7
Patologji Renale	54	5.3
Patologji hepatike	17	1.7
Ndërhyrje kirurgjikale	26	2.5
HIV AIDS	1	0.1
Hipertension	321	31.3
Patologji malinje	9	0.9
Patologji kardiake	37	3.6
Patologji të tjera	28	2.7

Sëmundjet kronike dhe gjendja shëndetësore

Të dhënat tregojnë një barrë të konsiderueshme të sëmundjeve jo të transmetueshme në popullatë, ku hipertensioni (31.3%) dhe diabeti (12.7%) janë gjendjet më të zakonshme. Këto sëmundje mund të lidhen me faktorë si plakja e popullsisë, ndryshimet në stilin e jetesës dhe faktorët dietetikë. Kjo pasqyrë tregon për nevojën e programeve të

qëndrueshme për menaxhimin e sëmundjeve kronike, përfshirë qasjet parandaluese dhe edukimin shëndetësor për popullatën.

Patologjitë malinje (0.9%) dhe HIV/AIDS (0.1%) janë të rralla në këtë grup, ndoshta për shkak të prevalencës së ulët ose sfidave në diagnostikim dhe raportim. Ky fakt thekson rëndësinë e forcimit të sistemeve të diagnostikimit dhe të regjistrimit për këto gjendje, në mënyrë që të sigurohet një pasqyrë më e saktë e situatës dhe të ndërmerren masa të përshtatshme.

Në përgjithësi, prevalenca e lartë e sëmundjeve si hipertensioni dhe diabeti tregon për një barrë kronike të rëndësishme në këtë popullatë, duke nënvizuar nevojën për përmirësimin e shërbimeve shëndetësore, përfshirë ndërhyrjet për menaxhimin e faktorëve të rrezikut, aksesin në trajtime të përshtatshme dhe rritjen e ndërgjegjësimit mbi stilin e jetesës së shëndetshme. Për më tepër, sfidat e lidhura me patologjitë malinje dhe HIV/AIDS sugjerojnë nevojën për investime në infrastruktura dhe aftësi diagnostikuese.

Tabela 1.4: Procedurat spitalore dhe ndërhyrjet

Variablat	N	%
Procedurat spitalore dhe ndërhyrjet		
Procedura kirurgjikale gjatë muajit të fundit	90	8.8
Kateter urinar	327	31.9
Ventilim mekanik	63	6.1
Kateter intravaskular	983	95.9
Terapi me antibiotikë	864	84.3
Terapi me mjekime të tjera	993	96.9

Procedurat spitalore dhe ndërhyrjet

Frekuenca e lartë e ndërhyrjeve spitalore, si përdorimi i kateterëve intravaskularë (95.9%) dhe terapisë me antibiotikë (84.3%), tregon për një qasje intensive dhe proaktive në trajtimin dhe parandalimin e infeksioneve. Kjo mund të pasqyrojë një incidencë të lartë të infeksioneve dhe komplikacioneve që kërkojnë terapi të mbështetura nga teknologjia dhe praktika intensive të kujdesit mjekësor. Megjithatë, përdorimi i gjerë i antibiotikëve ngre shqetësime për rritjen e rezistencës ndaj tyre, duke theksuar nevojën për mbikëqyrje më të mirë dhe politika të kontrolluara për përdorimin e tyre.

Përfshirja e ventilimit mekanik në 6.1% të rasteve tregon për një numër të konsiderueshëm pacientësh që vuajnë nga insuficienca respiratore e rëndë. Kjo lidhet

drejtpërdrejt me diagnozat e shpeshta në sistemin respirator, duke nënvizuar rëndësinë e përmirësimit të njësive të kujdesit intensiv dhe të kapaciteteve për të menaxhuar raste të rënda.

Në përgjithësi, përdorimi i kateterëve dhe antibiotikëve tregon një qasje efektive në trajtimin e rasteve komplekse, por kërkon balancim për të shmangur komplikacionet afatgjata si rezistenca antimikrobiale. Përmirësimi i praktikave të menaxhimit, përfshirë monitorimin e rreptë të përdorimit të antibiotikëve dhe pajisjeve invazive, është thelbësor për rritjen e cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe për uljen e barrës së infeksioneve spitalore. Për më tepër, ventilimi mekanik dhe kujdesi intensiv kërkojnë burime dhe protokolle të standardizuara për të përballuar rastet e insuficiencës respiratore të rëndë.

Tabela 1.5: Infeksionet, llojet dhe koha e shfaqjes së infeksionit

Variablat	N	%
Infeksionet		
Infeksion spitalor	207	20.2
Infeksion i vendit kirurgjikal	9	0.9
Infeksion i traktit urinar	104	10.1
Infeksion i gjakut	3	0.3
Pneumoni	40	3.9
Infeksione të tjera të frymarrjes	28	2.7
Infeksion lidhur me kateterin venoz periferik	104	10.1
Infeksione të tjera spitalore	4	0.4
Koha e shfaqjes së infeksionit		
2-3 ditë	122	0.6
4-5 ditë	53	0.3
6-10 ditë	21	0.1
> 10 ditë	1	0.0

Infeksionet

Infeksionet spitalore prekin 20.2% të pacientëve, një përqindje relativisht e lartë që përbën një sfidë serioze për kontrollin e infeksioneve në mjediset spitalore. Infeksionet më të zakonshme përfshijnë ato të traktit urinar dhe ato të lidhura me kateterët venoz periferik (10.1%), të cilat tregojnë nevojën për përmirësime të protokolleve të përdorimit të pajisjeve invazive dhe forcimin e praktikave higjienike.

Pneumonia dhe infeksionet e tjera respiratore (3.9%) janë gjithashtu sfida të rëndësishme, të cilat mund të lidhen me përdorimin e ventilimit mekanik ose me ekspozimin ndaj mikroorganizmave në mjediset spitalore. Përmirësimi i menaxhimit të

rasteve respiratore dhe sigurimi i një ventilimi më të mirë janë hapa thelbësorë për reduktimin e këtyre infeksioneve.

Shkalla e lartë e infeksioneve spitalore thekson nevojën për masa të fuqishme parandaluese, si:

- Edukimi i stafit mbi teknikat e duhura të higjienës dhe përdorimit të pajisjeve.
- Monitorimi dhe auditimi i rregullt i protokolleve të infeksioneve.
- Forcimi i kontrollit të infeksioneve përmes përdorimit të teknikave aseptike dhe pajisjeve sterile.

Përmirësimi i këtyre masave është i domosdoshëm për të ulur incidencën e infeksioneve spitalore, për të reduktuar kohën e qëndrimit të pacientëve në spital dhe për të përmirësuar rezultatet e trajtimit. Këto ndërhyrje gjithashtu do të ndihmonin në uljen e barrës financiare që lidhet me trajtimin e komplikacioneve të infeksioneve.

Tabela 1.6: Ekzaminimet mikrobiologjike dhe laboratorike

Variablat	N	%
Lloji analizës së kryer		
Analiza gjaku	186	18.1
Urokulturë	52	5.1
Grafi gjoksi	34	3.3
Hemokulturë	27	2.6
Urine	8	0.8
Sputum	7	0.7
Koprokulturë	2	0.2
Lloji mikroorganizmit shkaktar		
Bakterial	2	0.1
Viral	31	0.9

Diagnostikimi mikrobiologjik dhe laboratorik

Analizat laboratorike duket se janë të kufizuara, me vetëm 18.1% të pacientëve që i janë nënshtruar analizave të gjakut dhe përqindje shumë të ulëta për analizat mikrobiologjike si urokultura dhe hemokultura. Kjo mund të pasqyrojë kufizime në burimet spitalore, mungesë pajisjesh laboratorike ose praktika të kufizuara diagnostike. Mungesa e diagnostikimit të avancuar mund të ndikojë në identifikimin e saktë të shkaktarëve të infeksioneve dhe në optimizimin e trajtimit për pacientët.

Dominimi i mikroorganizmave viralë (0.9%) mund të reflektojë prevalencën e infeksioneve respiratore sezonale, por gjithashtu mund të tregojë sfida në diagnostikimin e infeksioneve bakteriale, të cilat shpesh kërkojnë procedura më të

avancuara laboratorike. Kjo kufizim mund të ndikojë negativisht në vendimet terapeutike, duke çuar potencialisht në përdorim të panevojshëm të antibiotikëve.

Rëndësia e përmirësimit të kapaciteteve laboratorike

Përmirësimi i diagnostikimit laboratorik dhe mikrobiologjik është thelbësor për:

- **Identifikimin më të saktë të patogjenëve:** Kjo do të ndihmonte në përcaktimin e terapisë më të përshtatshme dhe në shmangien e përdorimit të panevojshëm të antibiotikëve.
- **Optimimin e trajtimit të pacientëve:** Diagnostikimi i saktë siguron që trajtimi të jetë i përshtatur me nevojat specifike të pacientëve.
- **Uljen e komplikacioneve:** Identifikimi i hershëm i infeksioneve ndihmon në parandalimin e përkeqësimit të gjendjes së pacientëve.

Investimi në burime laboratorike, përfshirë pajisje dhe trajnimin e stafit, është i domosdoshëm për të përmirësuar rezultatet shëndetësore dhe për të forcuar menaxhimin e infeksioneve brenda mjediseve spitalore. Gjithashtu, zbatimi i protokolleve më të avancuara për testimet diagnostikuese mund të ndihmojë në rritjen e efikasitetit të kujdesit shëndetësor dhe uljen e barrës së sëmundjeve.

Përmbledhje

Këto të dhëna japin një pasqyrë të plotë të sistemit shëndetësor dhe barrës së sëmundjeve në rrethin e Elbasanit. **Sistemet respirator, gastrointestinal dhe pediatria përfaqësojnë sektorët kryesorë që kërkojnë kujdes.** Ndërkohë, shkalla e lartë e infeksioneve spitalore dhe përdorimi i antibiotikëve tregon për sfidat në kontrollin e infeksioneve dhe menaxhimin e duhur klinik.

Mungesa e analizave të plota mikrobiologjike sugjeron nevojën për investime në diagnostikim laboratorik, ndërsa incidenca e sëmundjeve kronike si hipertensioni dhe diabeti thekson rëndësinë e qasjeve parandaluese për sëmundjet jo të transmetueshme. Për të përmirësuar rezultatet, do të ishte e dobishme të forcoheshin protokollat e higjienës dhe të reduktohej përdorimi i pajisjeve invazive pa nevojë, të rritej frekuenca e analizave diagnostikuese dhe të fokusohet në edukimin e pacientëve për parandalimin e sëmundjeve kronike.

Në përfundim, të dhënat tregojnë një sistem që ka disa aspekte të forta, si fokusi në kujdesin pediatrik dhe një përjasje proaktive ndaj terapisë intensive, por gjithashtu përballen me sfida të rëndësishme, veçanërisht në fushën e infeksioneve spitalore dhe

diagnostikimit laboratorik. Përmirësimet strategjike në këto fusha do të ndihmojnë në rritjen e cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe reduktimin e barrës së sëmundjeve në rrethin e Elbasanit.

Strategjitë për përmirësim

Nga të dhënat e analizës, disa strategji kryesore për përmirësim mund të jenë:

1. **Forcimi i masave parandaluese:** Edukimi për stilin e shëndetshëm të jetesës dhe ndërhyrjet parandaluese për të adresuar sëmundjet kronike.
2. **Përmirësimi i kontrollit të infeksioneve:** Forcimi i protokolleve të higjienës dhe trajnimi i stafit për të reduktuar infeksionet spitalore.
3. **Investimi në diagnostikim:** Rritja e kapaciteteve laboratorike dhe mikrobiologjike për diagnostikim më të mirë.
4. **Monitorimi i antibiotikëve:** Krijimi i një politike për përdorimin racional të antibiotikëve për të luftuar rezistencën.
5. **Kujdes i fokusuar tek grupet e ndjeshme:** Forcimi i shërbimeve pediatrike dhe trajtimi specifik për sëmundjet respiratore dhe ato kronike.

II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

2.1 Qëllimi i studimit

Qëllimi i këtij studimi është të vlerësojë njohuritë, qëndrimet dhe praktikat (KAP) e infermierëve që punojnë në pavione me pacientë të hospitalizuar me fokus të veçantë të parandalimi dhe kontrolli i infeksioneve spitalore. Studimi synon të identifikojë mangësitë ekzistuese në njohuri dhe praktikë, si dhe faktorët që ndikojnë në sjelljet e stafit infermieror, duke ofruar rekomandime për përmirësimin e standardeve të kujdesit shëndetësor.

2.2 Objektivat e studimit

1. Vlerësimi i njohurive:

- Të vlerësohen nivelet e njohurive të infermierëve mbi burimet, mënyrat e transmetimit dhe masat parandaluese të infeksioneve spitalore.

2. Analiza e qëndrimeve:

- Të identifikohen qëndrimet e infermierëve ndaj rëndësisë së protokolleve të kontrollit të infeksioneve dhe mbështetjes institucionale.

3. Shqyrtimi i praktikave:

- Të vlerësohet se deri në çfarë mase infermierët ndjekin praktikat e përshtatshme për parandalimin e infeksioneve, si higjiena e duarve, përdorimi i dezinfektuesve si dhe përdorimi i paisjeve për mbrojtje personale.

4. Identifikimi i faktorëve ndikues:

- Të përcaktohen faktorët demografikë, institucionalë dhe trajnues që ndikojnë në nivelet e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave.

5. Rekomandime për përmirësim:

- Të ofrohen rekomandime për zhvillimin e trajnimeve të personalizuar, përmirësimin e mbështetjes institucionale dhe forcimin e protokolleve për kontrollin e infeksioneve.

2.3 Hipotezat

1. "Nivelet më të larta të arsimit dhe pjesëmarrja në programet e trajnimit lidhen pozitivisht me njohuritë dhe praktikat më të mira në parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore ndër stafin infermieror."

2. "Stafi infermieror në spitalet terciare demonstroi nivele më të larta të njohurive dhe respektim më të mirë të praktikave për parandalimin e infeksioneve krahasuar me spitalet rajonale ose bashkiake."
3. "Faktorët demografikë, si gjinia, mosha dhe vitet e përvojës, ndikojnë ndjeshëm në nivelet e njohurive dhe praktikave që lidhen me parandalimin e infeksioneve spitalore, me pritshmëritë që stafi më i ri dhe më me përvojë të performojë më mirë."
4. "Prania e mjeteve institucionale, si posterat, dhe broshurat për parandalimin e infeksioneve ndikojnë pozitivisht në respektimin e praktikave të kontrollit të infeksioneve."

III. METODOLOGJIA

- **Tipi i studimit:**
 - Ky është një studim i tipit **cros-sectional** me elemente **përshkrues dhe analitik** që synon të mbledhë të dhëna për të vlerësuar njohuritë, qëndrimet dhe praktikën e infermierëve lidhur me infeksionet spitalore në një moment të vetëm kohor.
- **Popullata e përfshirë në studim:**
 - Infermierët që punojnë në spitale bashkiake, rajonale dhe terciarë në Shqipëri.
 - Përzgjedhja është bërë në mënyrë të stratifikuar për të garantuar përfaqësimin e plotë të prefekturave.
- **Vendodhja:**
 - Studimi përfshin spitale nga 12 prefektura të vendit, duke mbuluar institucione të të tre niveleve (bashkiak, rajonal, terciar).
- **Koha e Studimit:**
 - Janar – Mars 2024.
- **Metoda e kampionimit:**
 - Kampionimi i përshtatshëm (convenience sampling) për të përzgjedhur infermierët në bazë të gatishmërisë për të marrë pjesë.

Kriteret e përfshirjes

Janë përfshirë të gjithë infermierët (burra; gra):

- Që punojnë në repartet me pacientë të hospitalizuar në të gjithë Republikën e Shqipërisë.
- Pranojnë të jenë pjesë e studimit.

Kriteret e përjashtimit

Përjashtohen infermierët

- Që refuzojnë të jenë pjesë e studimit
- Që nuk punojnë në repartet e përfshirë në studim

Konsiderata etike

Deklaroj se ky studim dhe të gjitha procedurat e ndjekura për realizimin e tij janë kryer në përputhje me standardet etike të përcaktuara në Deklaratën e Helsinkit të vitit 1975, rishikuar në vitin 2000.

Informacioni është përpunuar ekskluzivisht duke garantuar privatësinë dhe konfidencialitetin konform me ligjin për mbrojtjen e të dhënave personale (*Ligji Nr. 9887 datë 10.03.2008, i ndryshuar me ligjet Nr. 48/2012, Nr. 120/2014*).

Pjesëmarrja ishte vullnetare dhe pjesëmarrësit mund të tërhiqeshin në çdo kohë. Pëlqimi është marrë nga të gjithë infermierët e përfshirë në studim.

Pjesëmarrësit

- **Numri Total:**
 - 1368 infermierë morën pjesë në studim.
- **Karakteristika Demografike:**
 - **Gjinia:** 88.1% femra dhe 11.9% meshkuj.
 - **Mosha:** Mosha mesatare ishte 37.4 (± 8.6) vjeç, me shumicën që i përkasin grupmoshës 22-40 vjeç (63.2%).
- **Karakteristika Profesionale:**
 - Pjesëmarrës nga tre nivelet e spitaleve:
 - 26.8% nga spitalet bashkiake.
 - 51.3% nga spitalet rajonale.
 - 21.9% nga spitalet terciarë.
 - Pozicionet përfshijnë infermierë të përgjithshëm (76.8%), infermierë mami (10.8%) dhe kryeinfermierë (12.4%).

Instrumentet e Matjes

- Për formulimin e pyetësorit u përdorën 2 pyetësorë të standartizuar. Është përdorur dhe përshtatur pyetësori i OBSH (WHO, 2009) i cili ishte i përkthyer nga kolegë të Universitetit të Prishtinës, Pyetësori original është përshtatur pjesërisht për kontekstin e studimit, duke ruajtur strukturën bazë dhe pyetjet kryesore të rekomanduara nga OBSH. Si dhe pyetësori ICSQ realizuar nga Tavolacci et al (Tavolacci, 2015). Leja për përdorimin e pyetësorit ICSQ u dha nga Universiteti i Cambridge Press. Përkthimi i ICSQ u krye duke ndjekur udhëzimet e rekomanduara të përkthimit, përshtatjes dhe vërtetimit të instrumenteve për përdorim në kërkimin ndërkulturor të kujdesit shëndetësor (Sousa VD, 2011).

- **Pyetësi i strukturuar:**

- Përmban pyetje që vlerësojnë **njohuritë, qëndrimet dhe praktikat** në lidhje me masat parandaluese të infeksioneve spitalore.

- **Përbërja:**

- **Njohuritë:** 20 pyetje me përgjigje të thjeshta (po/jo), duke vlerësuar konceptet bazë mbi infeksionet spitalore.
- **Qëndrimet:** 8 pyetje të vlerësuara sipas Shkallës Likert (nga "nuk pajtohem fare" deri te "pajtohem plotësisht") ("Dobët, mjaftueshëm, mirë, shumë mirë") dhe ("Kurrë, ndonjëherë, shpesh, gjithmonë").
- **Praktikat:** 19 pyetje mbi sjelljet dhe masat konkrete që ndërmerren gjatë punës. (SHTOJCA).

Informacioni është përpunuar ekskluzivisht nga anëtarët e grupit të kërkimit duke garantuar privatësinë dhe konfidencialitetin konform me ligjin për mbrojtjen e të dhënave personale (*Ligji Nr. 9887 datë 10.03.2008, i ndryshuar me ligjet Nr. 48/2012, Nr. 120/2014*).

Testimi paraprak. Studimi Pilot

U krye një studim pilot cros-sectional realizuar me 53 infermierët e pavioneve që punojnë me pacientë të hospitalizuar në spitalin rajonal "Xhaferr Kongoli" Elbasan, nëpërmjet një pyetësi të strukturuar, formulimi i të cilit kaloi në 5 hapa.

Këto persona nuk u përfshinë në studim.

Instrumenti

Për formulimin e pyetësit u përdorën 2 pyetësorë të standartizuar. Pyetësi i OBSH (WHO, 2009) i cili ishte i përkthyer nga kolegë të Universitetit të Prishtinës si dhe pyetësi ICSQ realizuar nga Tavolacci et al (Tavolacci, 2015).

Leja për përdorimin e pyetësit ICSQ u dha nga Universiteti i Cambridge Press. Përkthimi i ICSQ u krye duke ndjekur udhëzimet e rekomanduara të përkthimit, përshtatjes dhe vërtetimit të instrumenteve për përdorim në kërkimin ndërkulturor të kujdesit shëndetësor (Sousa VD, 2011).

- ❖ *Në hapin e parë:* u realizua përkthimi i pyetësorit ICSQ nga 2 ekspertë të fushës, shtetas shqiptarë, me njohuri shumë të mira të gjuhës angleze si dhe të terminologjisë mjekësore. Një prej tyre kandidat doktorant në shkencat mjekësore dhe tjetri Profesor i asociuar, pedagog i gjuhës angleze. Të dy këto versione u ballafaquan dhe prodhuan një version përfundimtar.
- ❖ *Në hapin e dytë:* duke u bazuar në qëllimin dhe objektivat e projektit: “Prevalenca e Infeksioneve Nosokomiale; Njohuritë, Qëndrimet, Praktikat Infermirore lidhur me Infeksionet Nosokomiale”, u realizua përzgjedhja e pyetjeve. Versioni final i pyetësorit përmban 56 pyetje të ndara në 4 sesione. Në sesionin e parë (A) janë përfshirë të dhënat demografike si: mosha, gjinia, niveli arsimimit, pavioni ku punojnë, eksperiencia e punës në vite. Në sesionin e dytë (B), pyetjet për të vlerësuar nivelin e njohurive të infermierëve ku janë përfshirë 20 pyetje; 19 me përgjigje “Po” ose “Jo” dhe një pyetje me alternativa. Në sesionin e tretë (C) janë 8 pyetje, vlerësimi i të cilave bëhet sipas shkallës Likert me 4 pikë (What is a Likert Scale) për të vlerësuar qëndrimin e infermierëve. Në sesionin e katërt (D) janë vendosur 19 pyetje, 11 me përgjigje “Po” ose “Jo” dhe 8 me përgjigje të shumëfishta.
- ❖ *Në hapin e tretë:* pyetësi iu prezantua një paneli prej 6 antarësh, 2 profesore të asociuar njëri prej të cilëve specialist i sëmundjeve infektive, 2 doktorë shkencash si dhe 2 kandidatë doktorante në shkencat mjekësore teknike Elbasan. Vlerësimi i pyetjeve u realizua sipas indikacioneve të Davis me 4 pikë për çdo pyetje (LL., 1992).
1=Jo relevante, 2= disi relevante, 3=mjaftueshëm relevante dhe 4= shumë e rëndësishme. Kjo fazë u kalua me sukses pa modifikime.
- ❖ *Në hapin e katërt :* duke iu referuar udhëzimeve të Bruce N, 2008 (Bruce, 2008), ky pyetësor iu prezantua 3 kolegëve infermier në FSHMT Elbasan, anëtarë të Departamentit të Infermieristikës për të vlerësuar nëse është i kuptueshëm përmbajtja e tij. Pasi u konfirmua se ishte i kuptueshëm, u kalua në fazën tjetër.
- ❖ *Në hapin e pestë,* pasi pyetësi i kaloi me sukses të gjitha fazat u shpërnda në formën hard copy infermierëve të pavioneve të përfshira në studim nga

kryeinfermieret/ët e pavioneve. Në total u plotësuan 60 pyetësorë por 7 u përjashtuan për mangësi në plotësimin e tij.

Analiza Statistikore

Përpunimi statistikor u realizua nëpërmjet SPSS version 26. U raportua Reliability Statistics Cronbach's Alpha.

Rezultatet: Versioni paraprak final i Pyetësorit të Njohurive Qëndrimet dhe Praktikrat Infermirore në lidhje me Infeksionet Spitalore u përpilua pasi u përzgjedhën pyetjet në bazë të objektivave dhe qëllimeve të studimit tonë.

Në testimin pilot morën pjesë 60 infermierë në total, por pyetësorët e 7 infermierëve u përjashtuan për mangësi në plotësimin e të gjitha pyetjeve. Pyetësori nuk pësoi modifikime pasi kaloi një panel prej 6 ekspertësh^{1*} dhe fazën e pretestimit nga 3 kolegë infermierë pedagogë në FSHMT antarë të Departamentit të Infermieristikës.

Pastaj u pilotua në 53 infermierë pjesë e kampionit të studimit. U evidentua se nuk nevojiteshin ndryshime. Alfa Cronbach rezultoi me vlerë 0,754, dhe niveli i besueshmërisë 95%.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.754	.740	48

^{1*}Secili ekspert e vlerësoi çdo pyetje me 4 pikë.

Tabela 3.1 Të dhënat demografike të infermierëve që morën pjesë në pretest.

Variablat		Numri= n	%
Gjinia	F	42	79.2
	M	11	20.8
Mosha	22-30 vjeç	21	39.6
	31-40 vjeç	17	32.1
	41-50 vjeç	4	7.5
	51-60 vjeç	10	18.9
	Mbi 60 vjeç	1	1.9
Arsimi	Bachelor	11	20.8
	Master Profesional	7	13.2
	Master Shkencor	35	66
Pozicioni në punë	Infermier/e	44	83
	Infermier/e mami	1	1.9
	Kryeinfermier/e	8	15.1
Pavioni	Maternitet	5	9.4
	Kirurgji	16	30.2
	Patologji	10	18.9
	Pediatri	12	22.6
	Infektiv	10	18.9
Eksperienca/vite pune	1-10 vite	28	52.8
	11-20 vite	14	26.4
	21-30 vite	1	1.9
	Mbi 30 vite	10	18.9
Vite pune ne pavionin aktual	Nen 1 vit	8	15.1
	1-10 vite	31	58.5
	11-20 vite	6	11.3
	Mbi 20 vite	8	15.1

Tabela 3.2: Pyetjet dhe përgjigjet lidhur me njohuritë të infermierëve.^{2*}

	Nr	%
A keni marrë pjesë në ndonjë trajnim formal për higjienën e duarve në tre vitet e fundit?	44	83
A keni marrë pjesë në trajnime lidhur me masat parandaluese të infeksioneve spitalore në tre vitet e fundit?	42	79.2
Mjedisi (ajri, uji, sipërfaqet e ngurta) është burimi kryesor i baktereve përgjegjës për infeksionet nozokomiale.	15	28.3
Mosha e madhe ose mosha shumë e re, rrit riskun për infeksionet nozokomiale	34	64.2
Procedurat invazive rrisin riskun e infeksionit nozokomial.	41	77.4
Masat standarte parandaluese përfshijnë rekomandime për të mbrojtur vetëm pacientët.	42	79.2
Masat standarte parandaluese përfshijnë rekomandime për të mbrojtur pacientët dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor.	49	92.5
Masat standarte parandaluese zbatohen për të gjithë pacientët.	49	92.5
Masat standarte parandaluese zbatohen vetëm për punonjësit e kujdesit shëndetësor që kanë kontakt me likidet trupore.	40	75.5
Higjiena e duarve rekomandohet para ose pas një kontakti me (ose kujdesi për) një pacient.	18	34
Higjiena e duarve rekomandohet para dhe pas një kontakti me (ose kujdesi për) një pacient.	51	96.2
Higjiena e duarve rekomandohet midis kontakteve me pacientët.	38	71.7
Higjiena e duarve rekomandohet pas heqjes së dorezave.	42	79.2
A gjënden postera që e demonstrojnë procedurën e higjienës së duarve të afishuara në ambientin tuaj të punës?	50	94.3
Masat standarte parandaluese rekomandojnë përdorimin e dorezave për çdo procedurë.	15	28.3
Masat standarte parandaluese rekomandojnë përdorimin e dorezave kur ka një risk për prerje.	49	92.5
Masat standarte parandaluese rekomandojnë përdorimin e dorezave kur profesionisti i kujdesit shëndetësor ka një lezion (plagë) të lëkurës.	53	100
Kur ka një risk për spërkla gjaku dhe likide trupore, profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të veshin?	49	92.5
Larja e duarve me dezinfektues me bazë alkooli (në duart e pandotura) indikohet në vend të një larje tradicionale të duarve (30 s).	25	47.2
Larja e duarve me dezinfektues me bazë alkooli (në duart e pandotura) indikohet në vend të një larje antiseptike të duarve si chlorexidina dhe iodoform. (30 s).	31	58.5
Larja e duarve me dezinfektues me bazë alkooli (në duart e pandotura) indikohet në vend të larjes kirurgjikale të duarve (3 min).	22	41.5
Një larje e zakonshme e duarve duhet të bëhet para se të bëhet larja e duarve me fërkim me bazë alkooli.	12	22.6
		69.55

^{2*} Janë marrë në konsideratë vetëm përgjigjet e sakta për çdo pyetje.

Tab. 3.3: Pyetjet dhe përgjigjet lidhur me qëndrimet ^{3*}

	Nr	%
A mendoni se ishin efikase aktivitetet edukative në të cilat keni marrë pjesë për të përmirësuar praktikatat tuaja të higjienës së duarve?	39	73.6
Higjiena e duarve ndikon në parandalimin e infeksionit të lidhur me kujdesin shëndetësor?	42	79.2
Si e vlerësoni praktikimin e higjienës së duarve, te profesionistët e kujdesit shëndetësor në shërbimin tuaj, qoftë me fërkim ose me larje duarsh?	31	58.5
Drejtuesit dhe kryeinfermierët në institucionin tuaj mbështesin dhe promovojnë hapur higjienën e duarve?	39	73.6
Institucioni i kujdesit tuaj shëndetësor vendos në dispozicionin tuaj solucion me bazë alkooli në çdo pikë të ofrimit të shërbimit?	37	69.8
A është efikas afishimi i posterave që e demonstrojnë procedurën e higjienës së duarve në ambientin tuaj të punës?	36	67.9
Marrja e sugjerimeve lidhur me aplikimin e higjienës së duarve ndikon në rritjen e performancës së shërbimit nga punonjësit e kujdesit shëndetësor?	42	79.2
A e kryeni ju higjienën e duarve sipas rekomandimeve (duke qenë një shembull i mirë për kolegët tuaj)?	41	77.4
		72.4

^{3*} Janë marrë në konsideratë vetëm përgjigjet e shkallës së pare Likert.

Tab. 3.4: Pyetjet dhe përgjigjet lidhur me praktikatat infermierore^{4*}

A përdorni në rutinën tuaj të punës solucion me bazë alkooli për të kryer higjienën e duarve?	51	96.2
E realizoni higjienën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te pacienti menjëherë pas rrezikut të ekspozimit ndaj likideve të trupit?	42	79.2
E realizoni higjienën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te pacienti pas ekspozimit në mjedisin e afërt të pacientit?	41	74.4
E realizoni higjienën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te pacienti menjëherë përpara një procedure të pastër/ sepike?	46	86.8
E realizoni higjienën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te ju para se të prekni një pacient?	52	98.1
E realizoni higjienën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te ju pas ekspozimit në mjedisin e afërt të pacientit?	45	84.9
E realizoni higjienën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te ju menjëherë përpara një procedure të pastër/aseptike?	38	71.7
Cila është koha minimale e pastrimit të duarve kur përdorni solucion me baze alkooli për të eliminuar shumicën e mikrobeve nga duart tuaja?	25	47.2
Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni para palpimit të barkut?	13	24.5
Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni para se të bëni një injeksion?	12	22.6
Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni pasi keni zbrazur një uturak	14	26.4
Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni pasi keni hequr dorezat e ekzaminimit?	20	37.7
Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni pas rregullimit të shtratit të pacientit?	12	22.6
Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni pas ekspozimit të dukshëm ndaj gjakut?	41	74.4
Për të reduktuar mundësinë e kolonizimit të duarve me mikrobe të dëmshme e shmangni mbajtjen e bizhuterive?	52	98.1
Për të reduktuar mundësinë e kolonizimit të duarve me mikrobe të dëmshme i shmangni thonjtë artificialë (me xhel)?	52	98.1
Për të reduktuar mundësinë e kolonizimit të duarve me mikrobe të dëmshme shmangni përdorimin e rregullt të kremi të duarve?	34	64.2
Kur ka një risk për spërklë gjaku dhe likide trupore çfarë përdorni si masë për mbrojtjen personale? (mund të përzgjidhni më shumë se një alternativë)	49	92.5
		66.5

^{4*} Janë marrë në konsideratë vetëm përgjigjet e sakta për çdo pyetje.

Përfundime: Edukimi dhe trajnimi në vazhdimësi i stafit infermieror është një nga pikat esenciale për të rritur kompetencat e infermierëve dhe ndërgjegjësimin e tyre në drejtim të reduktimit të infeksioneve nosokomiale.

Duke iu referuar OBSH-së, mund të themi se njohuritë, qëndrimi dhe praktika e dobëta janë ndër indikatorët kryesorë të infeksioneve nosokomiale (WHO, Healthcare Associated Infections., 2016). Ky pyetësor, është një mjet mjaft i rëndësishëm për të bërë këtë vlerësim.

Ai do të ofrojë një pasqyrë të qartë mbi boshllëqet e njohurive dhe praktikave infermirore si dhe do të na njohë me qëndrimin e infermierëve ndaj këtyre infeksioneve.

Ai gjithashtu do të shërbejë si pikë referimi për hartimin e planeve dhe strategjive të nevojshme për të plotësuar këto mangësi.

Në bazë të rezultateve të marra nga testimi pilot në një kampion prej 53 infermierësh, na rezultoi se ai është plotësisht efektiv për të realizuar qëllimin dhe objektivat e studimit tonë.

Statusi i njohurive dhe praktikave të infermierëve:

Niveli i njohurive dhe praktikave të infermierëve u vlerësua:

I ulët <50%

I mirë 50-80%

I lartë >80%

Për analizën e ndikimit të faktorëve mbi njohuritë dhe praktikat u krye dikotomizimi nivelit të njohurive dhe praktikave:

- Me njohuri, u konsiderua stafi kur ata shënuan $\geq 50\%$ në pyetjet e njohurive.
- Pa njohuri, u konsiderua stafi kur ata shënuan <50% në pyetjet e njohurive.
- Me zbatim të praktikave, u konsiderua stafi kur ata shënuan $\geq 50\%$ në pyetjet e praktikave.
- Pa zbatim të praktikave, u konsiderua stafi kur ata shënuan <50% në pyetjet e praktikave.

Përfaqësimi i studimit në popullatën e infermierëve

Duke qenë se pyetësori u shpërnda në të gjitha spitalet e vendit, studimi përfshiu një mostër të gjerë dhe të larmishme të infermierëve, duke përfshirë spitale bashkiake, rajonale dhe terciarë në 12 prefektura të Shqipërisë. Kjo përhapje gjeografike dhe

institucionale bën që të dhënat e mbledhura të gjeneralizohen dhe të jenë **përfaqësuese të popullatës së infermierëve në vend.**

Avantazhet e Përfaqësimit

1. Diversitet gjeografik dhe institucional:

- **Gjeografik:** Përfshirja e infermierëve nga të gjitha prefekturat siguron që studimi pasqyron variacionet rajonale në njohuri, qëndrime dhe praktika.
- **Institucional:** Përfshirja e spitaleve të niveleve të ndryshme (bashkiak, rajonal, terciar) lejon analizimin e ndikimit të infrastrukturës dhe burimeve mbi njohuritë dhe praktikën e infermierëve.

2. Shumëllojshmëria demografike dhe profesionale:

- **Demografike:** Me një shpërndarje të balancuar të moshave dhe gjinive, studimi reflekton strukturën reale të popullatës së infermierëve.
- **Profesionale:** Përfshirja e infermierëve në pozicione të ndryshme (infermierë, infermierë mami, kryeinfermierë) dhe nivele të ndryshme arsimimi (Bachelor, Master, PhD) pasqyron diversitetin profesional.

3. Generalizimi i rezultateve:

- Rezultatet e studimit mund të konsiderohen të vlefshme për të gjithë popullatën e infermierëve në Shqipëri, duke lejuar që rekomandimet të aplikohen në nivel kombëtar.

Implikimet e përfaqësimit

- **Politikat shëndetësore:** Gjetjet mund të përdoren nga autoritetet shëndetësore për të hartuar politika dhe programe trajnimi që adresojnë nevojat reale të infermierëve në të gjithë vendin.
- **Identifikimi i mangësive:** Përfaqësimi kombëtar lejon identifikimin e mangësive specifike në rajone ose institucione të caktuara, duke mundësuar ndërhyrje të targetuara.
- **Përmirësimi i praktikave:** Meqenëse studimi pasqyron situatën reale, masat e rekomanduara për përmirësim kanë më shumë gjasa të jenë efektive dhe të pranueshme nga infermierët.

3.1 Metodologjia e analizës statistikore

Për analizimin e të dhënave është përdorur programi statistikor SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Të dhënat e vazhduara janë paraqitur me mesataren (M), deviacionin standard (SD) dhe vlerën minimale dhe maksimale. Normaliteti i shpërndarjes së variablave të vazhduar është testuar me testin Shapiro Wilk.

Është përdorur testi hi-katror për krahasimin e përqindjeve të variablave kategorike.

Është përdorur analiza e regresionit logjistik multivariat për vleresimin e faktorëve të prediktore për nivel të ulët të njohuri dhe praktikave (<50%). Janë raportuar OR (odds ratio) dhe intervali i besimit (95%CI).

Vlera e $p \leq 0.05$ është konsideruar statistikisht e rëndësishme. Testet statistikore janë të dyanshme.

Janë përdorur tabela dhe grafikë për vizualizimin e të dhënave.

IV. REZULTATE

Në studim morën pjesë 1368 personel infermieror nga 12 prefekturat e vendit.

Tabela 4. 1 Të dhënat sociodemografike të pjesëmarrësve në studim

Variablat	N	%
Gjinia		
Grua	1205	88.1
Burrë	163	11.9
Mosha, M (SD)	37.4 (8.6)	
Grupmosha		
22-30 vjeç	407	29.8
31-40 vjeç	457	33.4
41-50 vjeç	248	18.1
51-60 vjeç	239	17.5
60+ vjeç	17	1.2
Qarku		
Berat	60	4.4
Dibër	77	5.6
Durrës	124	9.1
Elbasan	175	12.8
Fier	148	10.8
Gjirokastrë	20	1.5
Korçë	77	5.6
Kukës	64	4.7
Lezhë	75	5.5
Shkodër	82	6.0
Tiranë	303	22.1
Vlorë	163	11.9

Gjinia: 88.1% janë gra, ndërsa 11.9% janë burra.

Kjo reflekton përbërjen tradicionale të profesionit të infermierisë, ku femrat dominojnë ndjeshëm.

-Mosha: Mosha mesatare e pjesëmarrësve është **37.4 vjeç (±8.6)**.

- **63.2%** e stafit i përkasin grupmoshave **22-40 vjeç**, duke treguar një staf relativisht të ri dhe aktiv.
- Grupmosha që ka përfaqësim është **31-40 vjeç (33.4%)**, ndjekur nga **22-30 vjeç (29.8%)**.
- Grupmosha mbi 60 vjeç është shumë e vogël (**1.2%**), duke treguar për një përqendrim më të madh të stafit në moshat e reja dhe të mesme.

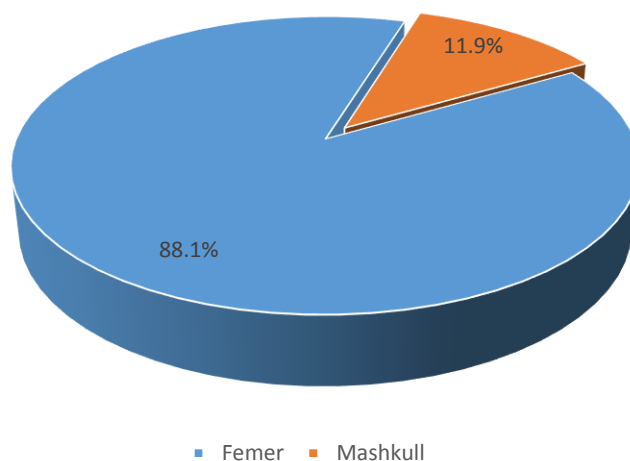


Figura 4. 1 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas gjinisë

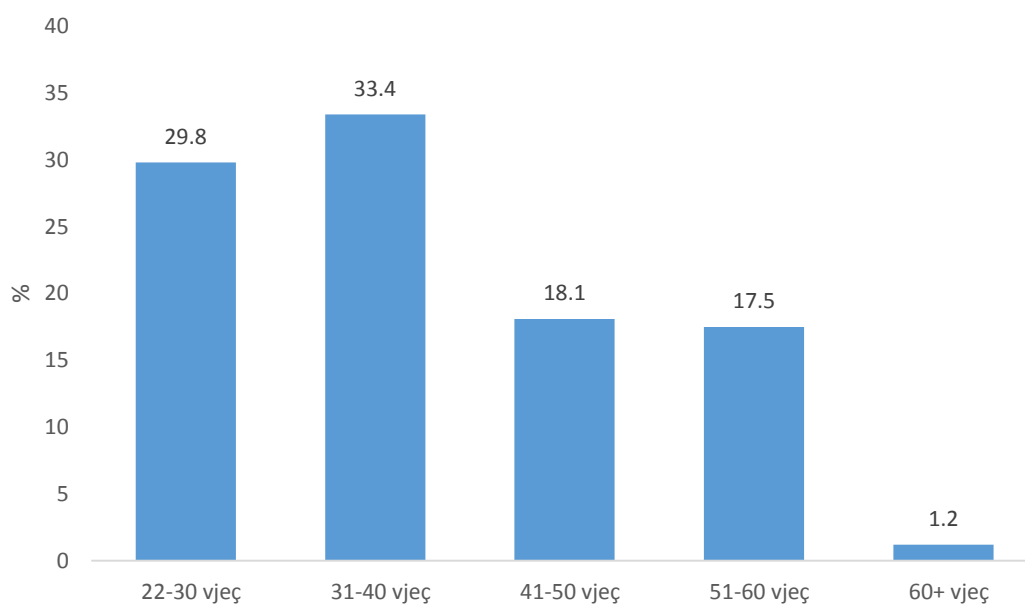


Figura 4. 2 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas grupmoshës

-Qarku: Pjesëmarrësit përfaqësojnë 12 prefektura të vendit, me **Tiranën që mbizotëron (22.1%)**, duke reflektuar përqendrimin e madh të institucioneve shëndetësore në kryeqytet.

- Prefekturat e tjera kryesore përfshijnë:
 - **Elbasanin (12.8%), Vlorën (11.9%), dhe Fierin (10.8%).**
- Prefekturat më pak të përfaqësuara janë **Gjirokastra (1.5%) dhe Berati (4.4%)**, të cilat kanë numër më të ulët të stafit pjesëmarrës.

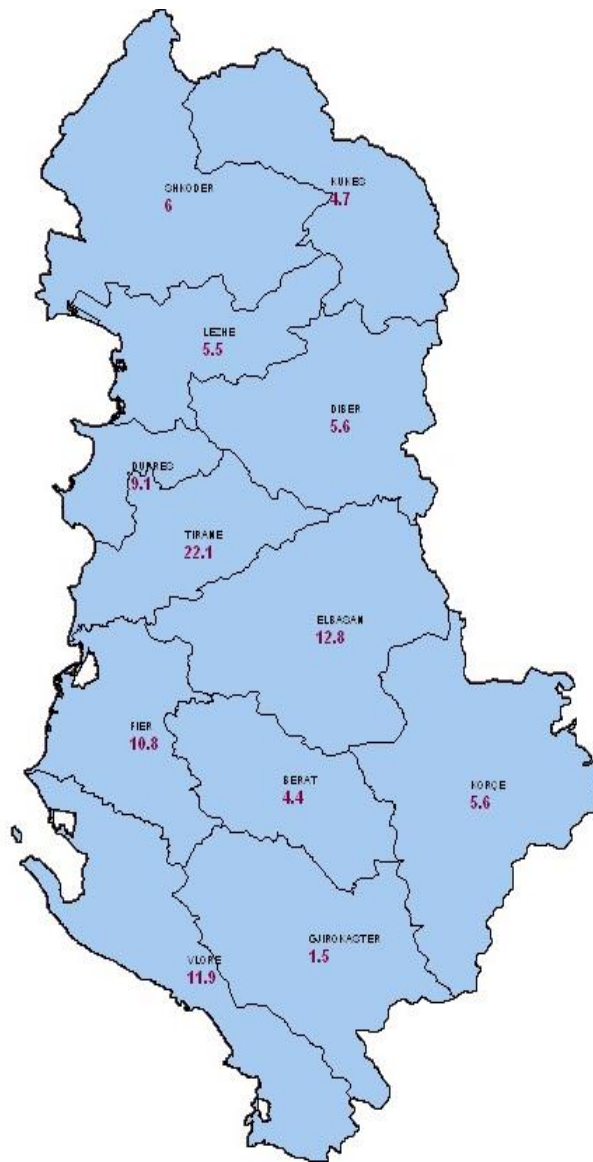


Figura 4. 3 Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas qarkut

Të dhënat tregojnë një **shpërndarje të larmishme dhe të balancuar** të pjesëmarrësve në studim sipas gjinive, grupmoshave dhe qarqeve, duke siguruar përfaqësim të mirë të popullatës infermierore. Përqendrimi i lartë i stafit në grupmoshat 22-40 vjeç dhe në prefekturat kryesore sugjeron një bazë aktive dhe të rinovuar të personelit infermieror, me përqendrim të madh në zonat Terciale dhe më të zhvilluara të vendit. Këto të dhëna janë të rëndësishme për interpretimin e rezultateve të studimit dhe për formulimin e rekomandimeve të personalizuara për trajnime dhe ndërhyrje në rajone dhe grupmosha specifike.

Të dhënat mbi profesionin e pjesëmarrësve japin një panoramë të detajuar të karakteristikave profesionale të personelit infermieror:

-Lloji i spitalit: Shumica e pjesëmarrësve punojnë në **spitale rajonale (51.3%)**, duke treguar një përqendrim më të madh të infermierëve në këto institucione që shërbejnë si ura midis kujdesit lokal dhe terciar.

- **26.8%** janë në spitalet bashkiake, ndërsa **21.9%** punojnë në spitalet terciarë, që zakonisht kanë më shumë burime dhe specializim.

-Pozicioni i punës: **76.8%** e pjesëmarrësve janë infermierë, duke përfaqësuar pjesën më të madhe të personelit.

- Infermierët mami përbëjnë **10.8%**, ndërsa kryeinfermierët, me **12.4%**, pasqyrojnë rolet drejtuese në shërbimet shëndetësore.

-Niveli arsimor: Shumica e pjesëmarrësve kanë arsim **Bachelor (39.9%)**, duke reflektuar një bazë të mirëfilltë edukative.

- **33.0%** kanë përfunduar një **Master Profesional**, ndërsa **26.5%** kanë një **Master Shkencor**, duke treguar një trend drejt arsimimit të avancuar.
- Vetëm **0.6%** kanë titull **PhD**, që sugjeron se kërkimi shkencor dhe doktoraturat mbeten ende të pakta në këtë grup profesional.

-Reparti: Patologjia mbizotëron si reparti kryesor me **37.3%**, duke pasqyruar përqendrimin në shërbimet e përgjithshme të kujdesit.

- **Kirurgjia (23.2%)** dhe **Pediatria (19.9%)** janë gjithashtu reparte me përfaqësim të madh.
- **Sëmundjet infektive (4.9%)** dhe **Materniteti (14.7%)** kanë përfaqësim më të ulët, duke reflektuar ndoshta më pak nevoja specifike për infermierë në këto reparte.

-Eksperienca e punës: Shumica e pjesëmarrësve kanë **10+ vite eksperiencë (48.5%)**, që sugjeron një bazë të qëndrueshme dhe me përvojë të personelit.

- **32.5%** janë në fazën fillestare të karrierës (1-5 vjet), duke treguar një përqendrim të freskët të fuqisë punëtore.
- **19.0%** kanë 6-10 vite përvojë, që përfaqëson një grup më të vogël, por ende të rëndësishëm.

Tabela 4. 2 Të dhënat mbi profesionin

Variablat	N	%
Lloji i spitalit		
Bashkiak	366	26.8
Rajonal	702	51.3
Terciar	800	21.9
Pozicioni i punës		
Infermier/e	1051	76.8
Infermier/e mami	148	10.8
Kryeinfermier/e	169	12.4
Niveli arsimor		
Bachelor	546	39.9
Master Profesional	452	33.0
Master shkencor	362	26.5
PhD	8	0.6
Reparti		
Kirurgji	318	23.2
Maternitet	201	14.7
Patologji	510	37.3
Pediatri	272	19.9
Sëmundje Infektive	67	4.9
Eksperienca e punës		
1-5 vjet	444	32.5
6-10 vjet	260	19.0
10+ vjet	664	48.5

Të dhënat profesionale tregojnë një përfaqësim të mirë të personelit infermieror me përvojë dhe nivel të kënaqshëm të arsimimit. Shumica punojnë në spitalet rajonale dhe në reparte të zakonshme si patologjia, kirurgjia dhe pediatria. Tendenca drejt avancimit akademik (Master Profesional dhe Shkencor) është e dukshme, por niveli i PhD mbetet i ulët. Këto të dhëna ofrojnë bazë për planifikimin e trajnimeve të personalizuara dhe përmirësimin e mëtejshëm të infrastrukturës së kujdesit shëndetësor.

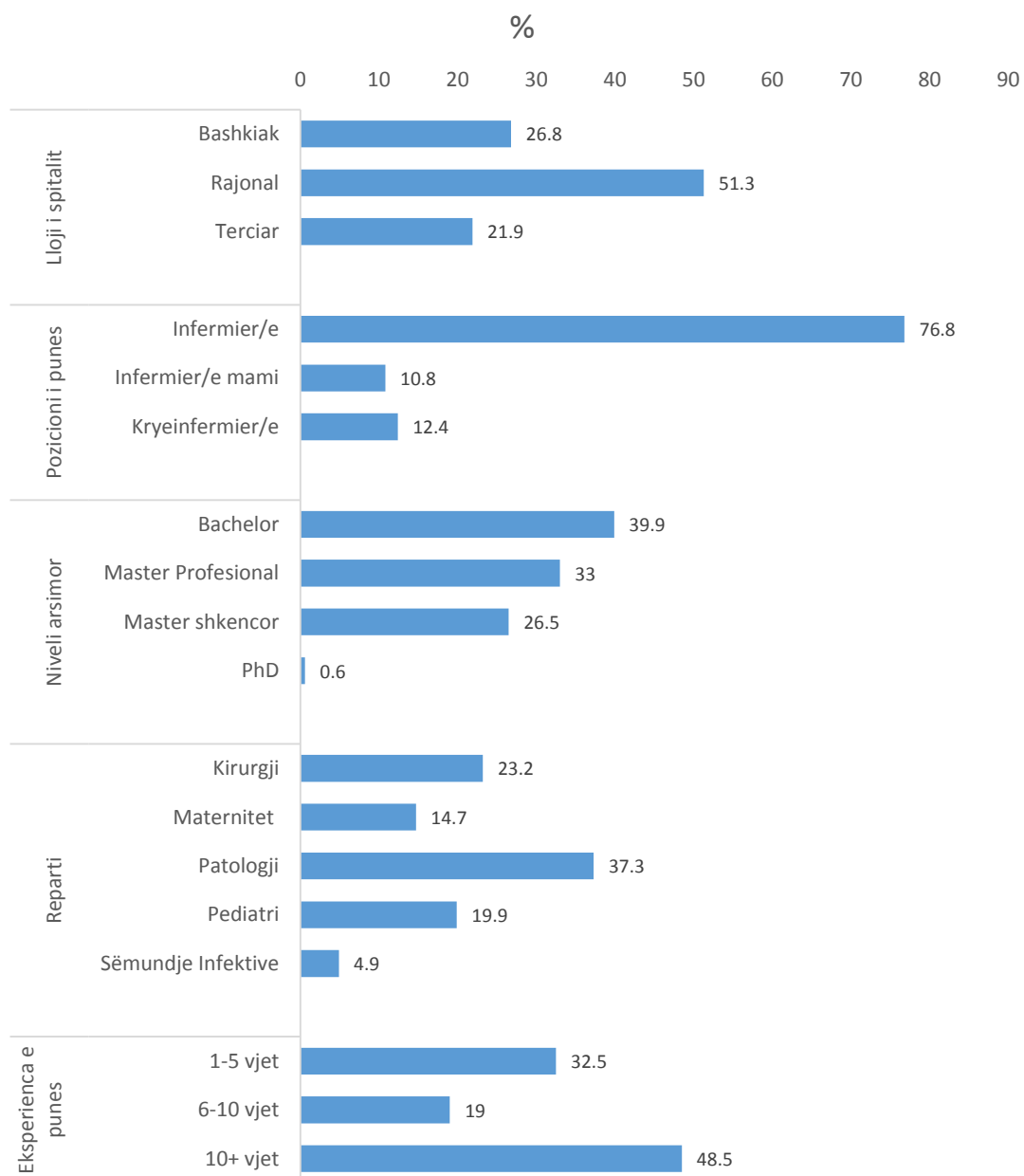


Figura 4. 4 Të dhënat mbi profesionin

Tabela 4. 3 Pjesëmarrja në trajnime dhe vendosja e posterave

Pyetjet	N	%	P
Keni marrë pjesë në trajnime lidhur me masat parandaluese të infeksioneve spitalore në 3 vitet e fundit?	1128	82.5	<0.001
21- A gjënden postera që e demonstrojnë procedurën e higjienës së duarve të afishuara në ambientin tuaj të punës?	1268	92.7	<0.001

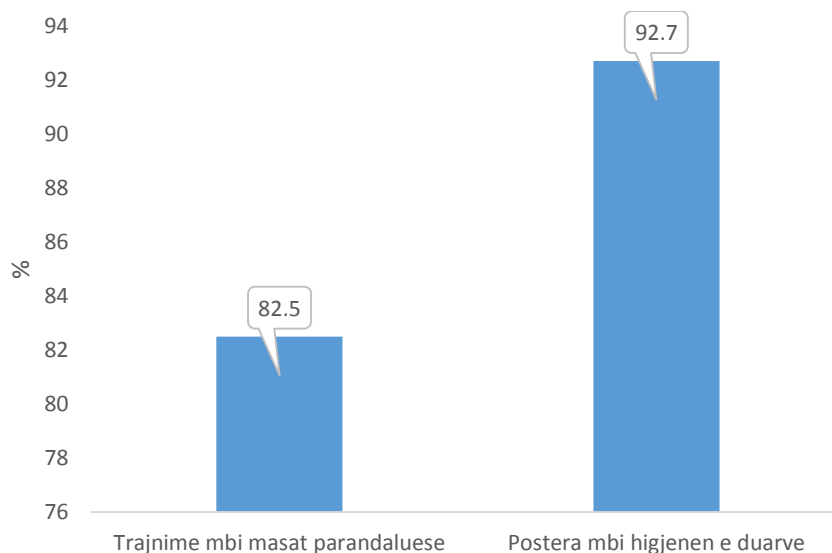


Figura 4. 5 Pjesëmarrja ne trajnime dhe vendosja e posterave

Pjesëmarrja në trajnime:

- **82.5% e stafit** kanë marrë pjesë në trajnime mbi masat parandaluese të infeksioneve spitalore në 3 vitet e fundit.
- Kjo tregon një përpjekje të rëndësishme për të përmirësuar edukimin dhe ndërgjegjësimin e stafit në këtë fushë, me një **ndryshim statistikisht sinjifikant ($p < 0.001$)**.

Vendosja e posterave në ambientin e punës:

- **92.7% e stafit** raportojnë se në ambientin e tyre të punës janë të afishuara postera që demonstrojnë procedurën e higjienës së duarve.
- Kjo sugjeron se posterat përdoren si një mjet i rëndësishëm vizual për të përforcuar masat parandaluese dhe për të ndihmuar stafin të ndjekë praktikën e saktë, gjithashtu me **ndryshim statistikisht sinjifikant ($p < 0.001$)**.

Rezultatet tregojnë një angazhim të madh të stafit për të marrë pjesë në trajnime dhe një infrastrukturë të mirë të mbështetjes vizuale për higjienën e duarve. Këto elemente janë faktor kyç për përmirësimin e praktikave të higjienës dhe reduktimin e infeksioneve nozokomiale. Kjo pasqyron përpjekjet institucionale për ngritjen e standardeve dhe promovimin e masave parandaluese në mënyrë efektive.

❖ **Sesioni II Njohuritë e infermierëve lidhur me infeksionet nosokomiale**

Tabela 4. 4 Përgjigjet e pyetjeve rreth Njohurive

Pyetjet	JO		PO	
	n	%	n	%
1. Mjedisi është burimi kryesor i baktereve për infeksionet nozokomiale.	205	15.0	1163	85.0
2. Mosha e madhe ose shumë e re rrit riskun për infeksionet nozokomiale.	545	39.8	823	60.2
3. Proçedurat invazive rrisin riskun e infeksionit nozokomial.	208	15.2	1160	84.8
4. Masat parandaluese mbrojnë vetëm pacientët.	1049	76.7	319	23.3
5. Masat parandaluese mbrojnë pacientët dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor.	38	2.8	1330	97.2
6. Masat parandaluese zbatohen për të gjithë pacientët.	94	6.9	1274	93.1
7. Masat parandaluese zbatohen vetëm për kontakt me likidet trupore.	1023	74.8	345	25.2
8. Higjiena e duarve rekomandohet para ose pas kontaktit me pacientin.	518	37.9	850	62.1
9. Higjiena e duarve rekomandohet para dhe pas kontaktit me pacientin.	32	2.3	1336	97.7
10. Higjiena e duarve rekomandohet midis kontakteve me pacientët.	282	20.6	1086	79.4
11. Higjiena e duarve rekomandohet pas heqjes së dorezave.	286	20.9	1082	79.1
12. Përdorimi i dorezave rekomandohet për çdo proçedurë.	122	8.9	1246	91.1
13. Dorezat rekomandohen kur ka risk për prerje.	299	21.9	1069	78.1
14. Dorezat rekomandohen kur profesionisti ka një lezion të lëkurës.	107	7.8	1261	92.2
15. Për spërkla gjaku/likide trupore, duhet të vishen masat mbrojtëse: n (%)				
Maskë, syze mbrojtëse dhe përparëse.	1329	97.1		
Vetëm maskë.	26	1.9		
Vetëm mbrojtëse për sytë.	5	0.4		
Vetëm përparëse.	8	0.6		
16. Dezinfektuesi me bazë alkooli indikohet në vend të larjes tradicionale (30 s).	480	35.1	888	64.9
17. Dezinfektuesi me bazë alkooli indikohet në vend të larjes antiseptike (30 s).	589	43.1	779	56.9
18. Dezinfektuesi me bazë alkooli indikohet në vend të larjes kirurgjikale (3 min).	800	58.5	568	41.5
19. Larja e zakonshme bëhet para fërkimit me dezinfektues.	129	9.4	1239	90.6

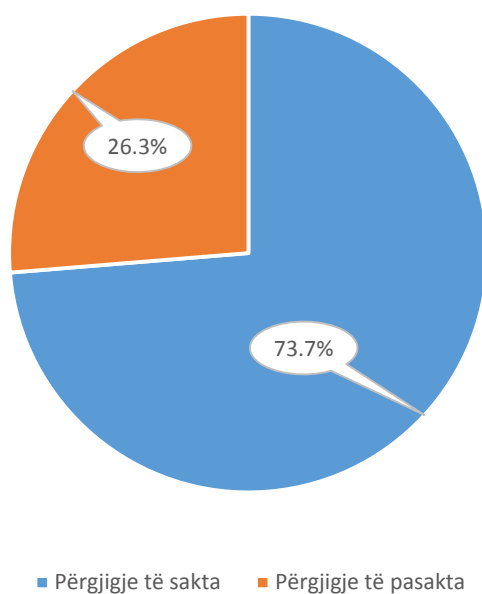


Figura 4. 6 Përgjigjet e pyetjeve rreth Njohurive

Përgjigjet e sakta mbizotërojnë në 14 (73.7%) nga 19 pyetjet ndërsa përgjigjet e pasakta në 5 (26.3%) të pyetjeve ($p < 0.001$) (tabela 4.4).

Tabela 4. 5 Frekuenca e përgjigjeve të sakta dhe jo të sakta të pyetjeve

Pyetjet	Saktë		Jo e saktë		P
	N	%	N	%	
1. Mjedisi është burimi kryesor i baktereve për infeksionet nozokomiale.	205	15.0	1163	85.0	<0.001
2. Moshë e madhe ose shumë e re rrit riskun për infeksionet nozokomiale.	823	60.2	545	39.8	<0.001
3. Procedurat invazive rrisin riskun e infeksionit nozokomial.	1160	84.8	208	15.2	<0.001
4. Masat parandaluese mbrojnë vetëm pacientët.	1049	76.7	319	23.3	<0.001
5. Masat parandaluese mbrojnë pacientët dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor.	1330	97.2	38	2.8	<0.001
6. Masat parandaluese zbatohen për të gjithë pacientët.	1274	93.1	94	6.9	<0.001
7. Masat parandaluese zbatohen vetëm për kontakt me likidet trupore.	1023	74.8	345	25.2	<0.001
8. Higjiena e duarve rekomandohet para ose pas kontaktit me pacientin.	518	37.9	850	62.1	<0.001
9. Higjiena e duarve rekomandohet para dhe pas kontaktit me pacientin.	1336	97.7	32	2.3	<0.001
10. Higjiena e duarve rekomandohet midis kontakteve me pacientët.	1086	79.4	282	20.6	<0.001
11. Higjiena e duarve rekomandohet pas heqjes së dorezave.	1082	79.1	286	20.9	<0.001

12. Përdorimi i dorezave rekomandohet për çdo procedurë.	122	8.9	1246	91.1	<0.001
13. Dorezat rekomandohen kur ka risk për prerje.	1069	78.1	299	21.9	<0.001
14. Dorezat rekomandohen kur profesionisti ka një lezion të lëkurës.	1261	92.2	107	7.8	<0.001
15. Për spërkla gjaku/likide trupore, duhet të vishen masat mbrojtëse.	1329	97.1	39	2.9	<0.001
16. Dezinfektuesi me bazë alkooli indikohet në vend të larjes tradicionale (30 s).	888	64.9	480	35.1	<0.001
17. Dezinfektuesi me bazë alkooli indikohet në vend të larjes antiseptike (30 s).	779	56.9	589	43.1	<0.001
18. Dezinfektuesi me bazë alkooli indikohet në vend të larjes kirurgjikale (3 min).	568	41.5	800	58.5	<0.001
19. Larja e zakonshme bëhet para fërkimit me dezinfektues.	129	9.4	1239	90.6	<0.001

❖ Analizimi i përgjigjeve të sakta. Përgjigjet me ndryshim sinjifikant sipas karakteristikave sociodemografike dhe profesionale.

-Gjinia: për pyetjet 4,9,15, përgjigjet e sakta mbizotërojnë tek gratë ndërsa për pyetjen 17 tek burrat.

-Mosha: për pyetjen 2 përgjigjet e sakta mbizotërojnë tek mosha 51-60 vjeç ndërsa për pyetjet 4 dhe 7 tek mosha 22-30 vjeç.

-Qarku: nivelin më të ulët të përgjigjeve të sakta për pyetjen 2 e ka Korça, për pyetjen 7 Dibra, për pyetjen 11 Shkodra dhe për pyetjet 16,17 Berati.

-Spitali: për pyetjen 3 përgjigjet e sakta mbizotërojnë nga niveli I spitalit terciar 3

-Pozicioni: për pyetjen 17 përgjigjet e sakta mbizotërojnë tek infermierët dhe kryeinfermierët.

-Arsimi: nuk u gjet ndryshim sinjifikant për arsimit.

-Reparti: për pyetjen 3 nivelin më të ulët të përgjigjeve të sakta i kanë reparti i Sëmundjeve infektive dhe Materniteti, për pyetjen 4 nivelin më të ulët të përgjigjeve të sakta e kanë reparti i Sëmundjeve infektive dhe Kirurgjia për pyetjen 7 reparti i Sëmundjeve infektive dhe për pyetjen 11 nivelin më të ulët të përgjigjeve të sakta i kanë reparti i Sëmundjeve infektive, Pediatria dhe Materniteti.

-Eksperienca në punë: për pyetjet 4 dhe 7 përgjigjet e sakta mbizotërojnë tek personeli me eksperiencë pune 1-5 vjet.

❖ **Analizimi i përgjigjeve të pasakta. Përgjigjet me ndryshim sinjifikant sipas karakteristikave sociodemografike dhe profesionale.**

P1: Mjedisi është burimi kryesor i baktereve për infeksionet nozokomiale (15.0% saktë, 85.0% pasaktë)

Shumica e pjesëmarrësve (85.0%) nuk e identifikojnë mjedisin si burimin kryesor të infeksioneve nozokomiale. Kjo sugjeron një keqkuptim thelbësor mbi epidemiologjinë e infeksioneve dhe rëndësinë e dezinfektimit të mjedisit spitalor.

P8: Higjiena e duarve rekomandohet para ose pas kontaktit me pacientin (37.9% saktë, 62.1% pasaktë)

Shumë pjesëmarrës nuk janë të vetëdijshëm për rëndësinë e higjienës së duarve në këto raste specifike. Ky rezultat tregon nevojën për ndërgjegjësim më të madh mbi momentet kritike për higjienën e duarve, veçanërisht për parandalimin e transmetimit të mikrobeve.

P12: Përdorimi i dorezave rekomandohet për çdo procedurë (8.9% saktë, 91.1% pasaktë)

Një shumicë e madhe beson gabimisht se dorezat duhet të përdoren për çdo procedurë. Ky rezultat reflekton një mbivlerësim të përdorimit të dorezave, që mund të çojë në përdorim të panevojshëm dhe neglizhimin e higjienës së duarve.

P18: Dezinfektuesi me bazë alkooli indikohet në vend të larjes kirurgjikale (41.5% saktë, 58.5% pasaktë)

Më shumë se gjysma e pjesëmarrësve nuk e dinë se dezinfektuesi mund të përdoret në vend të larjes kirurgjikale në disa situata. Kjo sugjeron një boshllëk në njohuritë mbi praktikën e përditësuar dhe efektivitetin e dezinfektuesve.

P19: Larja e zakonshme bëhet para fërkimit me dezinfektues (9.4% saktë, 90.6% pasaktë)

Shumica absolute e pjesëmarrësve nuk janë të vetëdijshëm se larja e zakonshme duhet të paraprijë përdorimin e dezinfektuesit në raste të veçanta. Kjo tregon një mungesë të njohurive mbi procedurat korrekte të higjienës së duarve, që mund të ndikojë në efektivitetin e dezinfektimit.

Këto pyetje theksojnë boshllëqe kritike në njohuri mbi:

1. Rëndësinë e mjedisit si burim infeksioni (P1).
2. Momentet e sakta për higjienën e duarve (P8 dhe P19).
3. Përdorimin e duhur të dorezave (P12).
4. Praktikrat e përparuara të larjes dhe dezinfektimit (P18).

Përmirësimi i këtyre aspekteve përmes trajnimeve të fokusuara është thelbësor për të rritur efikasitetin dhe sigurinë e praktikave spitalore.

Për pyetjet që mbizotërojnë njohuritë e pasakta u krye shpërndarja sipas karakteristikave sociodemografike dhe profesionale.

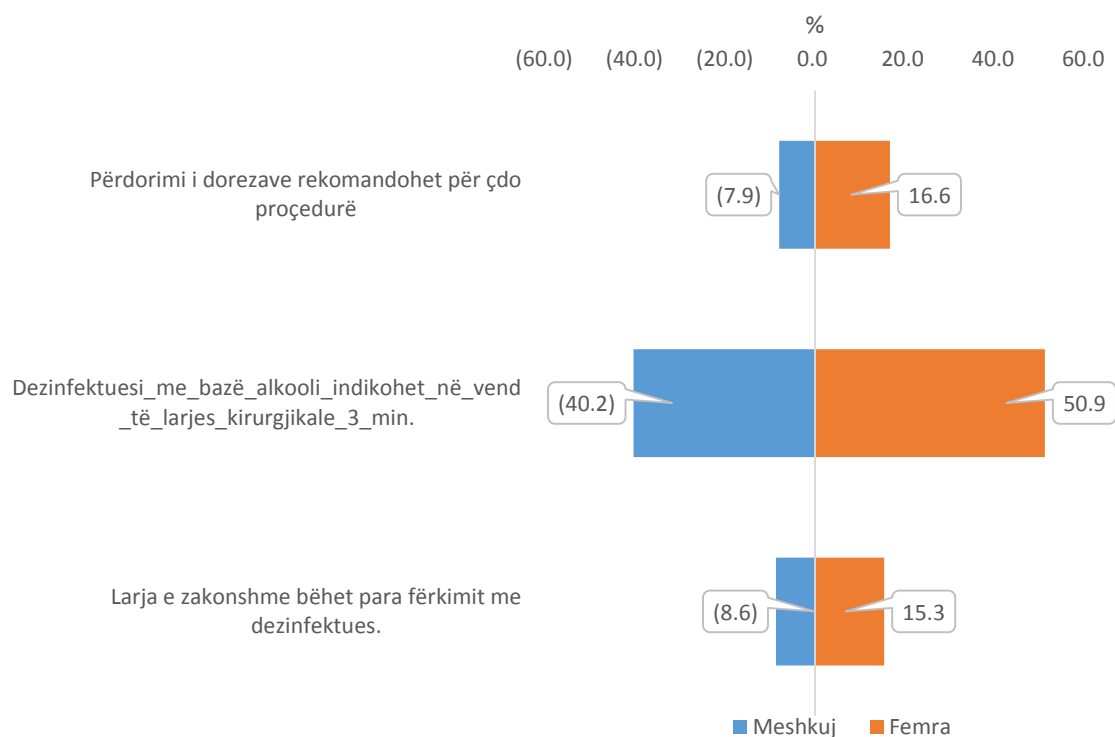


Figura 4. 7 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë

Për të tre pyetjet në grafikun e mësipërm **burra kanë performancë më të mirë** sesa gratë, edhe kjo me një ndryshim të rëndësishëm statistikisht.

Për këtë duhet:

- **Përmirësim i trajnimeve dhe edukimit:** Të theksohen temat që lidhen me përdorimin e dorezave dhe protokollet e dezinfektimit për të rritur njohuritë në të dyja gjinitë.
- **Adresimi i mangësive gjinore:** Identifikimi i faktorëve që kontribuojnë në këto ndryshime gjinore dhe duhet që programet e edukimit dhe ndërgjegjësimit të jenë të përshtatshme për të dyja grupet.

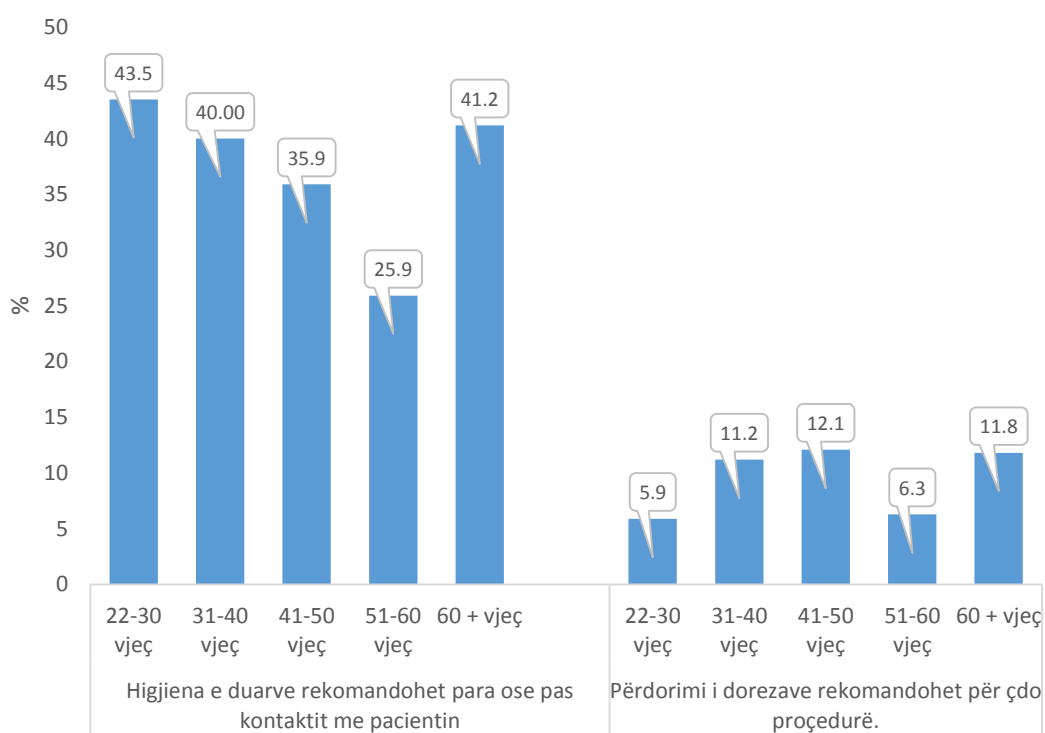


Figura 4. 8 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas grupmoshës

- Ndryshimi në performancën e përgjigjeve të sakta **është statistikisht i rëndësishëm** për të dyja pyetjet ($p < 0.05$), duke treguar një ndikim të qartë të grupmoshës në njohuritë.
- **Grupmosha 22-30 vjeç:** Ky grup ka frekuencën më të lartë të përgjigjeve të sakta, duke reflektuar përfitimin e njohurive të freskëta nga trajnimet ose arsimi i fundit.
- **Grupmosha 31-40 vjeç:** Performanca është e mirë, por fillon të bjerë krahasuar me grupmoshën më të re, duke sugjeruar nevojën për rifreskime të njohurive.

- **Grupmoshat 41-50 dhe 51-60 vjeç:** Ka një ulje të ndjeshme të frekuencës së përgjigjeve të sakta, që mund të lidhet me mungesën e përfshirjes në trajnime ose përditësimin e njohurive.
- **Grupmosha mbi 60 vjeç:** Ky grup ka përqindje të përgjigjeve të sakta të krahasueshme me grupmoshën e re, duke reflektuar një ndim të mundshëm të esperiences së punës.

Pra, **grupmoshat e reja (22-40 vjeç):** Janë më të mirëpërgatitura për njohuritë dhe praktikën mbi higjienën dhe përdorimin e dezinfektuesve, ndoshta për shkak të edukimit të kohëve të fundit dhe përfshirjes në trajnime.

- **Grupmoshat më të larta (41-60 vjeç):** Kanë nevojë për trajnime të përqendruara dhe rifreskim të njohurive, duke treguar një përqindje të ulët të përgjigjeve të sakta.

Për këtë nevojiten:

Trajnime të targetuara: Fokusimi në trajnime dhe ndërhyrje edukative për grupmoshat mbi 40 vjeç, duke i përshtatur përvojës dhe praktikave të tyre.

- **Përsëritje periodike e njohurive:** Përfshirja në programe të vazhdueshme edukative për të siguruar që të gjitha grupmoshat përmirësojnë performancën.
- **Monitorim dhe vlerësim:** Analizimi në vazhdimësi ndikimin e programeve edukative për të adresuar mungesat sipas grupmoshës.

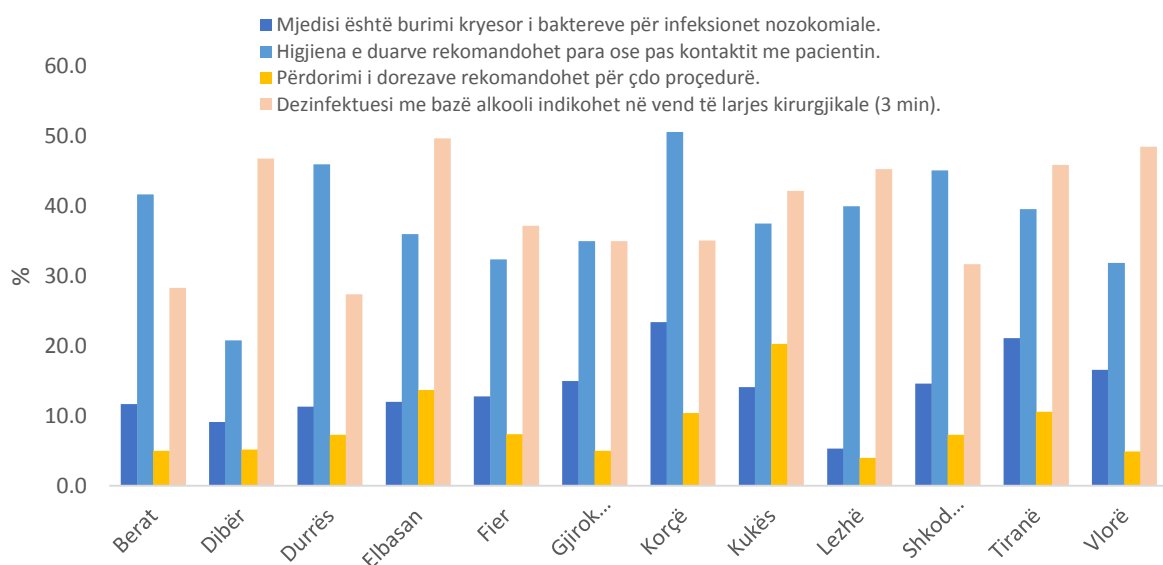


Figura 4. 9 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas qarqeve

-Qarqet me qendra më të mëdha si Tirana dhe Korça tregojnë njohuri më të mira mbi rolin e mjedisit, ndërsa qarqet e tjera, veçanërisht Dibra dhe Lezha, tregojnë mungesa të theksuara.

- Përsa i përket rekomandimit të higjienës së duarve para ose pas kontaktit me pacientin, Korça, Durrësi, Berati, Tirana kryesojnë me përqindje të larta të përgjigjeve të sakta.

- Njohuritë për përdorimin e dorezave janë shumë të ulëta në të gjitha qarqet, me përmirësime të vogla vetëm në Elbasan dhe Tiranë.

- Përsa i përket indikacionit me bazë alkooli qarqet me përqindje më të larta të përgjigjeve të sakta si Elbasani, Vlora, Dibra, Tirana, Lezha dhe Kukesi, tregojnë performancë të mirë, ndërsa Durrësi dhe Shkodra kërkojnë ndërhyrje të menjëhershme.

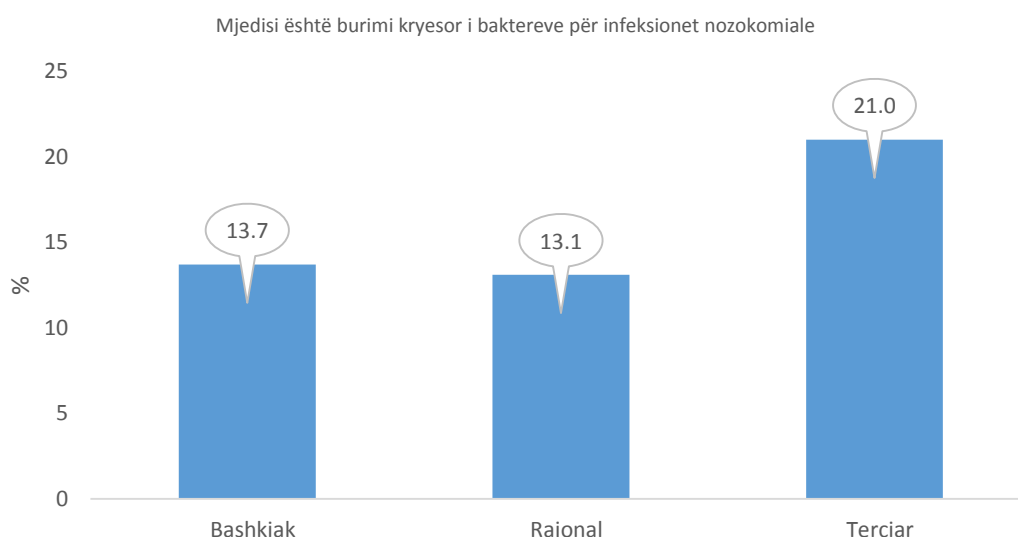


Figura 4. 10 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas llojit të spitalit.

- Lloji i spitalit ndikon ndjeshëm në njohuritë e stafit mbi rolin e mjedisit si burim infeksionesh nozokomiale. Spitalet terciare tregojnë njohuri më të mira, por të gjitha spitalet kanë përqindje të larta të përgjigjeve të pasakta.
- **Performanca më e mirë:** Spitalet terciare tregojnë një rezultat më të mirë, ndoshta për shkak të trajnimeve më të mira ose përfshirjes në protokolle më të avancuara.
- **Performanca më e ulët:** Spitalet bashkiake dhe rajonale tregojnë performancë të dobët dhe kanë nevojë për ndërhyrje për të përmirësuar njohuritë e stafit.

Njohuritë më të mira janë evidentuar në spitalet terciare, ndoshta për shkak të burimeve më të avancuara edukative dhe trajnimeve më të specializuara.

Spitalet bashkiake dhe rajonale kanë nevojë për përmirësim të konsiderueshëm, duke pasur përqindje të larta të përgjigjeve të pasakta mbi rolin e mjedisit si burim bakteresh për infeksionet nozokomiale.

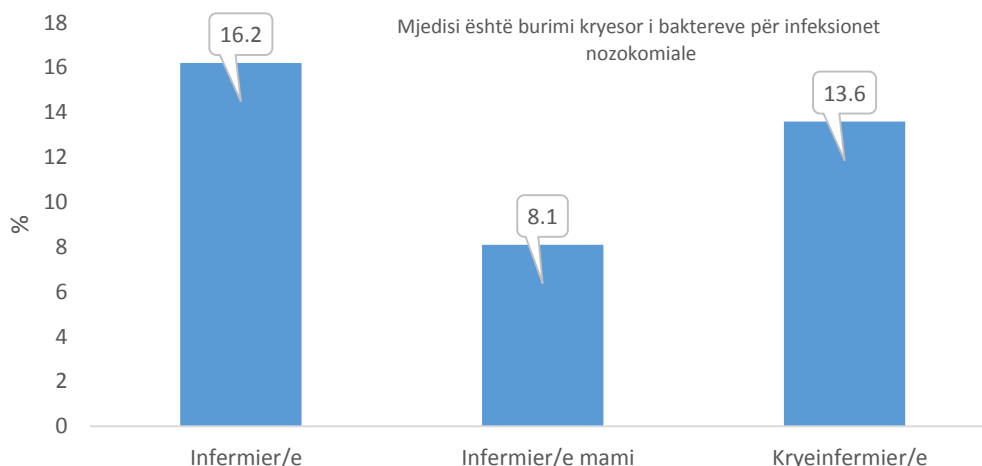


Figura 4. 11 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas pozicionit të punës

Infermierët: 16.2% kanë dhënë përgjigje të sakta në lidhje me mjedisin si burimi kryesor i baktereve për infeksionet nozokomiale dhe 83.8% janë përgjigje të pasakta. Duke përfaqësuar shumicën e pjesëmarrësve (76.8%), infermierët kanë performancë relativisht më të mirë krahasuar me grupet e tjera, por një pjesë e madhe ende ka njohuri të kufizuara mbi këtë çështje.

Infermierët mami: Vetëm 8.1% e tyre kanë dhënë përgjigje të sakta. 91.9% janë përgjigje të pasakta. Ky grup tregon performancën më të dobët, duke reflektuar mungesë të ndjeshme të njohurive mbi këtë koncept.

Kryeinfermierët: 13.6% kanë dhënë përgjigje të sakta. 86.4% janë përgjigje të pasakta. Kryeinfermierët, edhe pse kanë përgjegjësi drejtuese, kanë rezultate të ulëta, duke treguar nevojë për përmirësim në edukimin e tyre.

Infermierët: Rezultatet e tyre janë më të mira krahasuar me grupet e tjera, por përqindja e përgjigjeve të pasakta mbetet e lartë. Si grupi më i madh, kjo tregon nevojën për edukim më të gjerë mbi rëndësinë e mjedisit si burim infeksionesh.

Infermierët mami: Performanca më e ulët sugjeron që ky grup nuk është përfshirë sa duhet në trajnime ose nuk e konsideron këtë çështje si pjesë të rëndësishme të njohurive të tyre të përditshme.

-Kryeinfermierët: Rezultatet tregojnë nevojën për trajnime të thelluara, pasi roli i tyre drejtues është kritik për promovimin dhe mbikëqyrjen e praktikave parandaluese në institucione.

Pra infermierët mami: Kanë performancën më të ulët dhe duhet të jenë një fokus prioritar i trajnimeve.

Infermierët: Edhe pse performojnë më mirë, përbëjnë grupin më të madh dhe ndikojnë ndjeshëm në rezultatet e përgjithshme, kështu që investimi në edukimin e tyre është kritik.

-Kryeinfermierët: Duhet të kenë njohuri të përditësuar për të përmbushur më mirë rolin e tyre udhëheqës.

Për këtë nevojiten:

Trajnime të dedikuara për infermierët mami:

- Fokusimi në rëndësinë e rolit të mjedisit si burim infeksionesh dhe përfshirja në trajnime praktike.

Ndërgjegjësimi për kryeinfermierët:

- Edukimi i kryeinfermierëve mbi këtë çështje duhet të përmirësohet për të siguruar që ata udhëheqin me shembull.

Fushata ndërgjegjësimi për infermierët:

- Organizimi i fushatave të rregullta edukative që përfshijnë gjithë personelin infermior për të përmirësuar performancën.

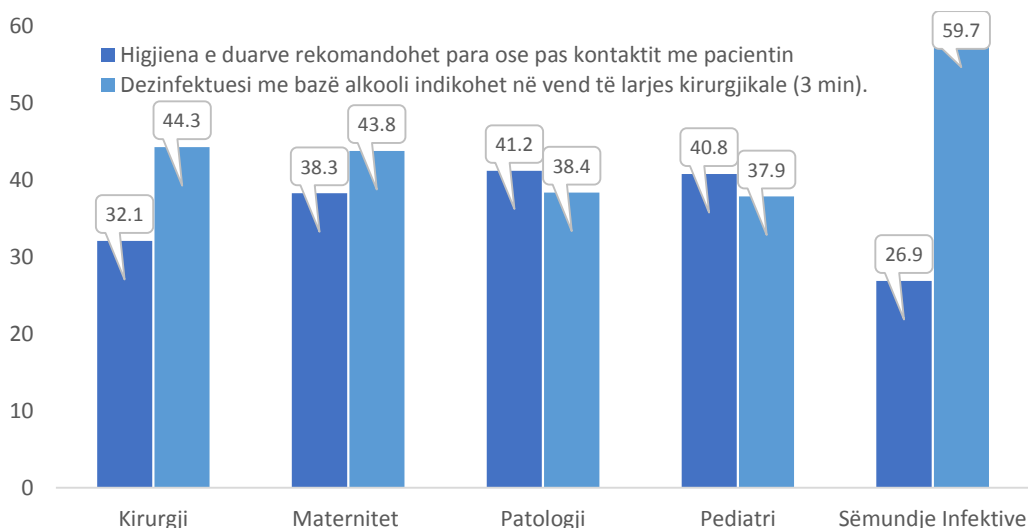


Figura 4. 12 Frekuenca e përgjigjeve të sakta sipas repartit të punës

- Përgjigjet e sakta mbizotërojnë vetëm në pavionin e **sëmundjeve infektive (59.7%)**, që tregon ndërgjegjësimit dhe zbatim më të mirë të praktikave.
- **Kirurgjia dhe materniteti** kanë performancë të moderuar, por përgjigjet e pasakta ende mbizotërojnë.
- **Patologjia dhe pediatria** kanë rezultatet më të dobëta, me mbi 60% përgjigje të pasakta.

Sëmundjet infektive:

- Performanca më e mirë reflekton rëndësinë kritike të masave parandaluese në këtë pavion, ku përdorimi i dezinfektuesve është thelbësor për parandalimin e transmetimit të infeksioneve.

Kirurgjia dhe materniteti:

- Si pavione me rrezik të lartë, rezultatet tregojnë nevojën për trajnime të mëtejshme për të rritur kuptimin dhe zbatimin e protokolleve.

Patologjia dhe pediatria:

- Performanca më e dobët tregon mungesa në ndërgjegjësimin mbi përfitimet e dezinfektuesve me bazë alkooli si alternativë ndaj larjes kirurgjikale.

Për këtë nevojiten:

1. Trajnime specifike për patologjinë dhe pediatriinë:

- Fokusoni ndërhyrjet edukative për të përmirësuar zbatimin e dezinfektuesve në këto pavione.

2. Monitorimi dhe rishikimi i praktikave:

- Kryeni monitorim periodik të praktikave në kirurgji dhe maternitet për të përforcuar njohuritë dhe për të rritur zbatimin.

3. Ndërgjegjësim i vazhdueshëm për sëmundjet infektive:

- Pavarësisht performancës më të mirë, mbani fokusin në mbështetjen e praktikave të mira për këtë pavion.

4. Protokolle të standardizuara për të gjitha pavionet:

- Siguroni që protokollet e dezinfektuesve të jenë të zbatueshme dhe të kuptueshme në të gjitha pavionet, veçanërisht në ato me rezultate më të ulëta.

Nuk është gjetur ndryshim sinjifikant sipas eksperiencës në punë. Ky rezultat tregon disa aspekte të rëndësishme mbi nivelin e njohurive dhe zbatimin e praktikave parandaluese në mesin e personelit shëndetësor.

Arsyet e mundshme për mungesën e ndryshimit sinjifikant

1. Uniformiteti i njohurive në të gjitha nivelet e përvojës:

- Ky rezultat mund të tregojë se personeli, pavarësisht viteve të punës, ka një nivel të ngjashëm njohurish dhe praktikash, ndoshta për shkak të edukimit të njëtrajtshëm ose mungesës së trajnimeve të rregullta.

2. Mungesa e trajnimeve të targetuara:

- Nëse trajnimet nuk janë përshtatur sipas viteve të përvojës, atëherë ato mund të mos kenë ndikuar ndryshe në grupet me eksperiencë të ndryshme.

3. Kultura e praktikave të ngulitura:

- Stafi me përvojë më të gjatë mund të ndjekë praktika tradicionale, ndërsa personeli i ri mund të ndjekë standardet moderne, duke kompensuar kështu ndryshimet midis grupeve.

4. Mungesa e përqendrimit në edukim të vazhdueshëm:

- Nëse nuk ka një sistem të qartë për rifreskimin e njohurive për të gjithë personelin, atëherë ndryshimet midis grupeve me përvojë të ndryshme do të jenë minimale.

Implikimet e këtyre rezultateve

1. Eksperienca në punë nuk është faktor përcaktues për njohuritë dhe praktikat:

- Rezultatet tregojnë që vite të gjata pune nuk garantojnë njohuri më të mira ose praktika më të sakta, dhe personeli i ri është po aq efektiv sa personeli me përvojë.

2. Nevoja për ndërhyrje të përgjithshme:

- Trajnimet dhe përmirësimi i njohurive duhet të synojnë të gjithë personelin, pavarësisht përvojës.

Rekomandime për përmirësim

1. Programet e edukimit të vazhdueshëm:

- Të implementohen programe trajnimi të përsëritura që janë të detyrueshme për të gjithë personelin, duke siguruar rifreskim të njohurive dhe përditësim me standardet më të fundit.

2. Vlerësimi periodik i njohurive:

- Të matet periodikisht niveli i njohurive për të identifikuar mangësitë dhe për t'i adresuar ato në mënyrë të barabartë për të gjithë grupet.

3. Trajnime të personalizuar:

- Megjithëse nuk u gjet ndryshim sinjifikant, mund të jetë e dobishme të ofrohen trajnime të personalizuar që adresojnë nevojat specifike të personelit të ri dhe atij me përvojë.

4. Rritja e ndërgjegjësimit për përvojat e reja:

- Të përfshihet personeli me përvojë më të gjatë në trajnime që theksojnë ndryshimet në protokollat dhe praktikat moderne, duke u siguruar që ata të përshtatin njohuritë e tyre.

Mungesa e ndryshimit sinjifikant për të 5 pyetjet sugjeron që trajnimet dhe edukimi duhet të targetojnë të gjithë personelin shëndetësor në mënyrë të njëtrajtshme. Kjo garanton një nivel uniform njohurish dhe praktikash parandaluese në të gjitha grupet e përvojës.

Gjithashtu, nuk është gjetur ndryshim sinjifikant sipas **nivelit arsimor**.

- Rezultati sugjeron që, pavarësisht nëse pjesëmarrësit kanë përfunduar **Bachelor, Master Profesional, Master Shkencor** ose **PhD**, nuk ka dallime të mëdha në performancën e tyre.
- Njohuritë dhe praktikat në lidhje me temën mund të ndikohen më shumë nga faktorë të tjerë si:
 - **Trajnimet praktike.**
 - **Eksperienca e punës.**
 - **Mbështetja institucionale dhe burimet në vendin e punës.**

Edukimi i avancuar nuk garanton domosdoshmërisht njohuri më të mira praktike

- Pjesëmarrësit me arsim më të lartë (p.sh., Master Shkencor ose PhD) mund të mos jenë të angazhuar drejtpërdrejt në zbatimin e praktikave të përditshme që lidhen me infeksionet nozokomiale.
- Fokusimi i arsimit të avancuar mund të jetë më shumë teorik sesa praktik, duke lënë boshllëqe në aplikimin e masave parandaluese.

Nevoja për trajnime dhe përditësim njohurish në të gjitha nivelet

- Mungesa e një ndryshimi sinjifikant tregon se **trajnimi dhe ndërgjegjësimi i vazhdueshëm** janë më të rëndësishëm se niveli i arsimit formal për të siguruar njohuri dhe praktika të sakta.
- Kjo thekson rëndësinë e zhvillimit profesional të vazhdueshëm (Continuous Professional Development - CPD) për të gjithë stafin, pavarësisht nivelit të arsimit të tyre.

Mungesa e ndryshimit sinjifikant sipas arsimit tregon se niveli formal arsimor nuk është një faktor përcaktues i njohurive dhe praktikave të sakta. Në vend të kësaj, përmirësimet duhet të fokusohen në:

1. **Trajnime të personalizuar dhe të rregullta.**
2. **Mbështetje institucionale dhe burime praktike.**

3. **Monitorim dhe udhëzime të vazhdueshme** për zbatimin e praktikave parandaluese.

Kjo qasje siguron që të gjitha grupet e stafit, pavarësisht nivelit të arsimit, të kenë aftësitë dhe njohuritë e duhura për të përmbushur standardet.

Tabela 4. 6 Niveli i njohurive të totalit të pjesëmarrësve

Niveli i njohurive	N	%
<50%	70	5.1
50-80%	1259	92.0
80%+	39	2.9
Total	1368	100.0

-Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve (92.0%) kanë një nivel njohurish në intervalin **50-80%**, duke treguar një nivel të kënaqshëm të informimit mbi praktikat dhe masat parandaluese të infeksioneve nozokomiale. ($p < 0.01$).

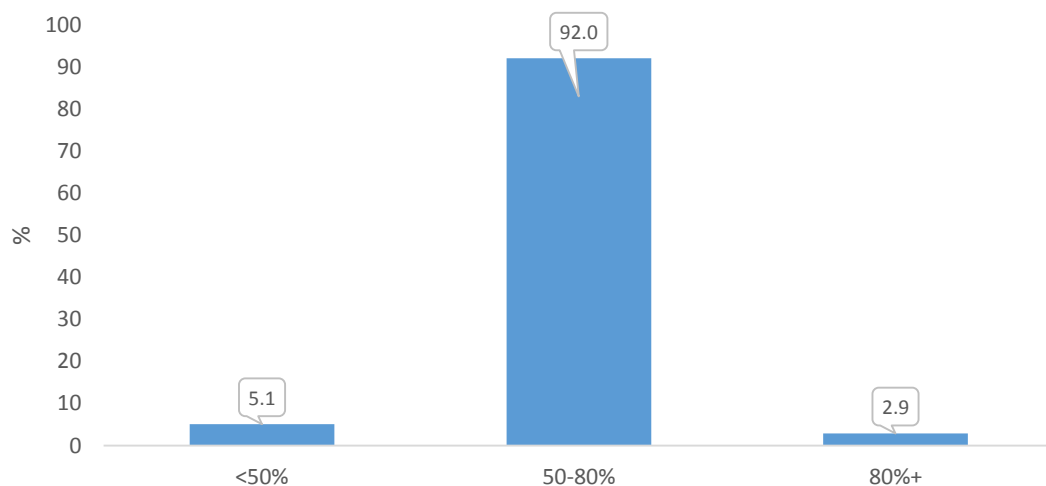


Figura 4. 13 Niveli i njohurive të totalit të pjesëmarrësve

-Një përqindje shumë e vogël (2.9%) ka një nivel të lartë njohurish (**>80%**), duke treguar që vetëm një pakicë e pjesëmarrësve zotëron njohuri të avancuara.

-Një pjesë relativisht e vogël (5.1%) ka njohuri nën **50%**, duke reflektuar mangësi të konsiderueshme që mund të ndikojnë negativisht në zbatimin e praktikave të duhura.

Rezultatet tregojnë një shpërndarje të mirë të njohurive në nivel mesatar (50-80%), por gjithashtu theksojnë nevojën për përmirësime në edukim për të rritur numrin e pjesëmarrësve me nivel njohurish të larta dhe për të adresuar mangësitë në grupin me nivel të ulët. Kjo mund të arrihet përmes trajnimeve të specializuara dhe mbështetjes së vazhdueshme profesionale.

Tabela 4. 7 Niveli i njohurive sipas pjesëmarrjes në trajnimeve

Niveli i njohurive	Trajnim			
	JO		PO	
	N	%	N	%
<50%	16	6.7	54	4.8
50-80%	213	88.7	1046	92.7
>80%	11	4.6	28	2.5

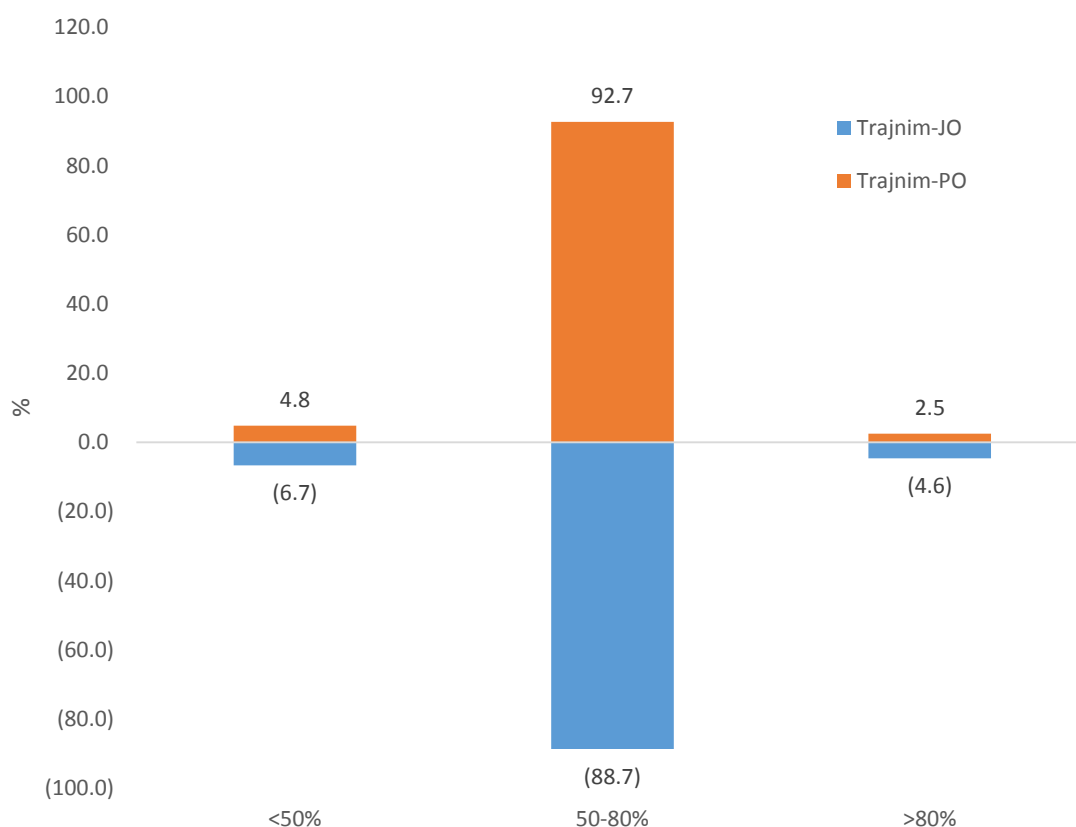


Figura 4. 14 Niveli i njohurive sipas pjesëmarrjes në trajnimeve

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant i nivelit të njohurive të stafit sipas pjesëmarrjes në trajnime ($p=0.09$).

Tabela tregon shpërndarjen e nivelit të njohurive të stafit bazuar në pjesëmarrjen ose mospjesëmarrjen në trajnime dhe nxjerr në pah këto pika kryesore:

-Shumica dërrmuese e pjesëmarrësve (50-80%) kanë nivel njohurish mesatar, pavarësisht nëse kanë marrë pjesë në trajnime apo jo (88.7% te ata që nuk janë trajnuar dhe 92.7% te ata që janë trajnuar). Kjo sugjeron se trajnimi nuk ka ndikuar në mënyrë të konsiderueshme në këtë nivel njohurish.

-Niveli i ulët i njohurive (<50%) është pak më i lartë te ata që nuk kanë marrë pjesë në trajnime (6.7%) krahasuar me ata që kanë marrë pjesë (4.8%). Megjithatë, ndryshimi nuk është sinjifikant.

-Niveli i lartë i njohurive (80%+) është i ulët në të dy grupet, me 4.6% për ata që nuk janë trajnuar dhe 2.5% për ata që janë trajnuar, duke treguar se pjesëmarrja në trajnime nuk ka ndikuar ndjeshëm në arritjen e njohurive të avancuara.

Rezultatet tregojnë se **nuk ka ndryshim sinjifikant ($p=0.09$)** në nivelin e njohurive të stafit në varësi të pjesëmarrjes në trajnime. Kjo mund të nënkuptojë se trajnimet aktuale nuk janë mjaftueshëm efektive ose të fokusuara për të përmirësuar nivelin e përgjithshëm të njohurive, veçanërisht për të rritur përqindjen e stafit me njohuri të larta. Për të adresuar këtë, mund të jetë e nevojshme të përmirësohen strategjitë dhe përmbajtja e programeve të trajnimit.

Tabela 4. 8 Niveli i njohurive sipas vendosjes së posterave

Niveli i njohurive	Postera			
	JO		PO	
	N	%	N	%
<50%	13	13.0	57	4.5
50-80%	87	87.0	1172	92.4
>80%	0		39	3.1

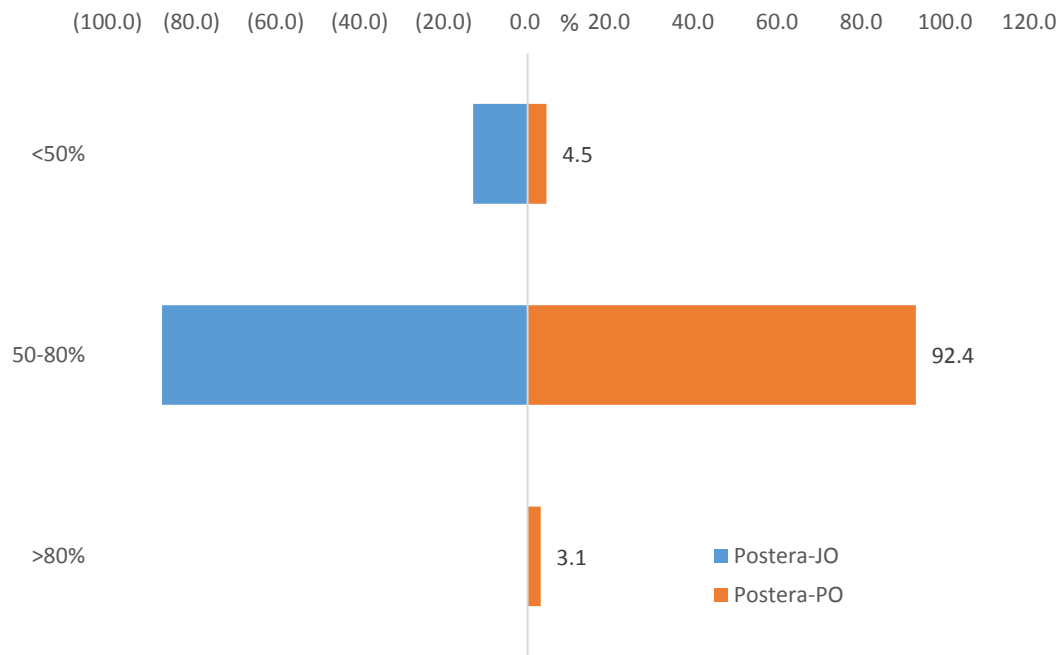


Figura 4. 15 Nivel i njohurive sipas vendosjes së posterave

<50% njohuri: Pa postera, 13% kanë njohuri të ulëta, ndërsa me postera, kjo ulet në 4.5%; 50-80% njohuri: Pa postera, 87% arrijnë këtë nivel, ndërsa me postera niveli rritet në 92.4%; >80% njohuri: Pa postera, askush nuk e arrin këtë nivel; me postera, 3.1% e arrijnë. Prania e posterave rrisin në mënyrë statistikisht të rëndësishme njohuritë dhe ulin përqindjen e nivelit të ulët ($p < 0.01$). Kjo tregon se posterat ndihmojnë në rritjen e njohurive të larta (>80%), edhe pse kjo kategori mbetet më e vogla.

Tabela 4. 9 Niveli i njohurive sipas të dhënave sociodemografike të pjesëmarrësve në studim

Variablat	<50%		50%-80%		>80%		P
	n	%	n	%	n	%	
Gjinia							<0.01
Grua	59	4.9	1119	92.9	27	2.2	
Burrë	11	6.7	140	85.9	12	7.4	
Grupmosha							0.01
22-30 vjeç	20	4.9	374	91.9	13	3.2	
31-40 vjeç	20	4.4	423	92.6	14	3.1	
41-50 vjeç	16	6.5	228	91.9	4	1.6	
51-60 vjeç	12	5.0	222	92.9	5	2.1	
60+ vjeç	2	11.8	12	70.6	3	17.6	
Qarku							0.5
Berat	5	8.3	53	88.3	2	3.3	

Dibër	3	3.9	72	93.5	2	2.6
Durrës	5	4	115	92.7	4	3.2
Elbasan	10	5.7	157	89.7	8	4.6
Fier	10	6.8	136	91.9	2	1.4
Gjirokastrë	0	0	20	100.0	0	0
Korçë	3	3.9	73	94.8	1	1.3
Kukës	2	3.1	59	92.2	3	4.7
Lezhë	4	5.3	71	94.7	0	0
Shkodër	7	8.5	72	87.8	3	3.7
Tiranë	15	5	275	90.8	13	4.3
Vlorë	6	3.7	156	95.7	1	0.6

-Gjinia: Burrat tregojnë një nivel më të lartë të njohurive (>80%) me 7.4% krahasuar me gratë që kanë vetëm 2.2%. Ky ndryshim është **statistikisht sinjifikant (p<0.01)**, duke sugjeruar se gjinia mund të jetë një faktor që ndikon në nivelin e njohurive, me avantazh për burrat.

-Grupmosha: Pjesëmarrësit në grupmoshën **60+ vjeç** kanë përqindjen më të lartë të njohurive të avancuara (>80%) me 17.6%, ndjeshëm më të lartë krahasuar me grupmoshat e tjera, ku kjo përqindje varion nga 1.6% në 3.2%. Ky ndryshim është gjithashtu **statistikisht sinjifikant (p=0.01)**, duke treguar se përvoja dhe mosha e madhe mund të kontribuojnë në nivelin më të lartë të njohurive.

-Qarku: Nuk u gjet **ndryshim sinjifikant (p=0.5)** në nivelin e njohurive sipas qarkut. Përqindjet e njohurive >80% janë të ngjashme midis qarqeve, duke treguar një shpërndarje të njëtrajtshme të njohurive në këtë aspekt.

Burrat dhe stafi me moshë mbi 60 vjeç kanë nivel më të lartë njohurish (>80%), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm.

Nuk ka dallime të rëndësishme në nivelin e njohurive sipas qarqeve, duke treguar uniformitet në këtë aspekt.

Rezultatet sugjerojnë se programet e trajnimit mund të përqendrohen më shumë tek femrat dhe grupmoshat më të reja për të rritur njohuritë në këto kategori.

Tabela 4. 10 Niveli i njohurive sipas të dhënave profesionale të pjesëmarrësve në studim

Variablat	<50%		50%-80%		>80%		P
	n	%	n	%	n	%	
Lloji i spitalit							0.3
Bashkiak	22	6.0	338	92.3	6	1.6	
Rajonal	33	4.7	649	92.5	20	2.8	
Terciar	15	5.0	272	90.7	13	4.3	
Pozicioni i punës							0.5
Infermier/e	51	4.9	969	92.2	31	2.9	
Infermier/e mami	12	8.1	132	89.2	4	2.7	
Kryeinfermier/e	7	4.1	158	93.5	4	2.4	
Niveli arsimor							0.06
Bachelor	39	7.1	492	90.1	15	2.7	
M. Profesional	15	3.3	428	94.7	9	2.0	
Master shkencor	16	4.4	331	91.4	15	4.1	
PhD	0		8	100.0	0		
Reparti							0.2
Kirurgji	12	3.8	291	91.5	15	4.7	
Maternitet	15	7.5	181	90.0	5	2.5	
Patologji	29	5.7	471	92.4	10	2.0	
Pediatri	13	4.8	252	92.6	7	2.6	
Sëmundje Infektive	1	1.5	64	95.5	2	3.0	
Eksperienca e punës							0.6
1-5 vjet	22	5.0	408	91.9	14	3.2	
6-10 vjet	9	3.5	244	93.8	7	2.7	
10+ vjet	39	5.9	607	91.4	18	2.7	

Tabela paraqet shpërndarjen e nivelit të njohurive të pjesëmarrësve në bazë të karakteristikave të tyre profesionale dhe tregon që **nuk ka ndryshim sinjifikant** në nivelin e njohurive midis grupeve të ndryshme profesionale.

Lloji i spitalit (p=0.3): Nuk u gjet ndryshim sinjifikant në nivelin e njohurive mes spitaleve bashkiake, rajonale dhe terciare. Përqindjet e nivelit të njohurive (>80%) janë të ngjashme, me spitale terciare që tregojnë përqindjen më të lartë (4.3%), por pa ndikuar ndjeshëm në rezultatet totale.

Pozicioni i punës (p=0.5): Të gjitha pozitat profesionale, përfshirë infermierët, infermierët mami dhe kryeinfermierët, tregojnë përqindje të ngjashme të njohurive të larta (>80%), me diferenca të vogla që nuk janë statistikisht të rëndësishme.

Niveli arsimor (p=0.06): Nuk ka një ndryshim të sinjifikant të nivelit të njohurive midis pjesëmarrësve me Bachelor, Master Profesional, Master Shkencor ose

PhD. Megjithatë, pjesëmarrësit me Master Shkencor (4.1%) tregojnë një përqindje pak më të lartë të njohurive të avancuara (>80%).

Reparti (p=0.2): Nuk ka dallime sinjifikante mes reparteve të ndryshme, si Kirurgjia, Materniteti, Patologjia, Pediatria dhe Sëmundjet Infektive. Përqindjet e njohurive të larta (>80%) janë relativisht të ngjashme.

Eksperienca e punës (p=0.6): Nuk u vërejtën ndryshime të rëndësishme në nivelin e njohurive midis grupeve me eksperiencë të ndryshme pune. Përqindjet e njohurive të avancuara (>80%) mbeten të ngjashme në grupet me eksperiencë 1-5 vjet, 6-10 vjet dhe 10+ vjet.

Rezultatet tregojnë se **asnjë nga karakteristikat profesionale** nuk ka ndikuar në mënyrë statistikisht të rëndësishme në nivelin e njohurive të pjesëmarrësve. Kjo sugjeron se faktorë të tjerë, si trajnimi ose burimet edukative të disponueshme, mund të kenë një ndikim më të madh në përcaktimin e nivelit të njohurive sesa karakteristikat profesionale të vetë pjesëmarrësve. Përmirësimi i programeve edukative dhe ndërhyrjeve të specializuara mund të ndihmojë në rritjen e njohurive në të gjitha grupet profesionale.

❖ Faktorët që ndikojnë mbi nivelin e njohurive

Tabela 4. 11 Faktorët që ndikojnë për njohuri të ulëta <50%. Regresioni logjistik multivariational

Variablat	Odds Ratio	95% CI	P-Value
Gjinia	1.878	(0.8790, 4.0123)	0.104
Mosha			
31-40 vjeç	0.8715	(0.3330, 2.2811)	0.779
41-50 vjeç	1.2374	(0.3851, 3.9755)	0.721
51-60 vjeç	0.6166	(0.1734, 2.1919)	0.455
Mbi 60 vjeç	1.2972	(0.1921, 8.7585)	0.789
Qarku			
Dibër	0.36	(0.0781, 1.6599)	0.19
Durrës	0.6696	(0.1696, 2.6433)	0.567
Elbasan	0.6165	(0.1894, 2.0064)	0.422
Fier	0.8284	(0.2526, 2.7161)	0.756
Gjirokastrë	0.1	(0.0500, 2.5437)	0.921
Korçë	0.3596	(0.0753, 1.7179)	0.2
Kukës	0.2581	(0.0462, 1.4419)	0.123

Lezhë	0.4824	(0.1150, 2.0225)	0.319
Shkodër	0.8872	(0.2526, 3.1154)	0.852
Tiranë	0.1	(0.0400, 4.62559)	0.973
Vlorë	0.3936	(0.1095, 1.4156)	0.153
Spitali			
Spital Rajonal	0.7636	(0.4055, 1.4380)	0.404
Spital Terciar	1.9	(0.0000, 3.2267)	0.974
Pozicioni			
Infermier/e mami	1.3222	(0.4373, 3.9979)	0.621
Kryeinfermier/e	0.788	(0.3314, 1.8741)	0.59
Arsimi			
Master Profesional	0.469	(0.2441, 0.9009)	0.023
Master shkencor	0.5509	(0.2799, 1.0843)	0.084
PhD	0.1	(0.0500, 1.787)	0.952
Pavioni			
Maternitet	2.1166	(0.6572, 6.8168)	0.209
Patologji	1.5549	(0.7556, 3.1994)	0.231
Pediatri	1.5055	(0.6280, 3.6094)	0.359
Sëmundjeve Infektive	0.4222	(0.0531, 3.3549)	0.415
Exp			
6-10 vjet	0.8507	(0.3131, 2.3109)	0.751
Mbi 10 vjet	1.4637	(0.5119, 4.1852)	0.477
Trajnime	0.695	(0.3698, 1.3061)	0.258
Postera	0.3009	(0.1579, 0.5733)	<0.001

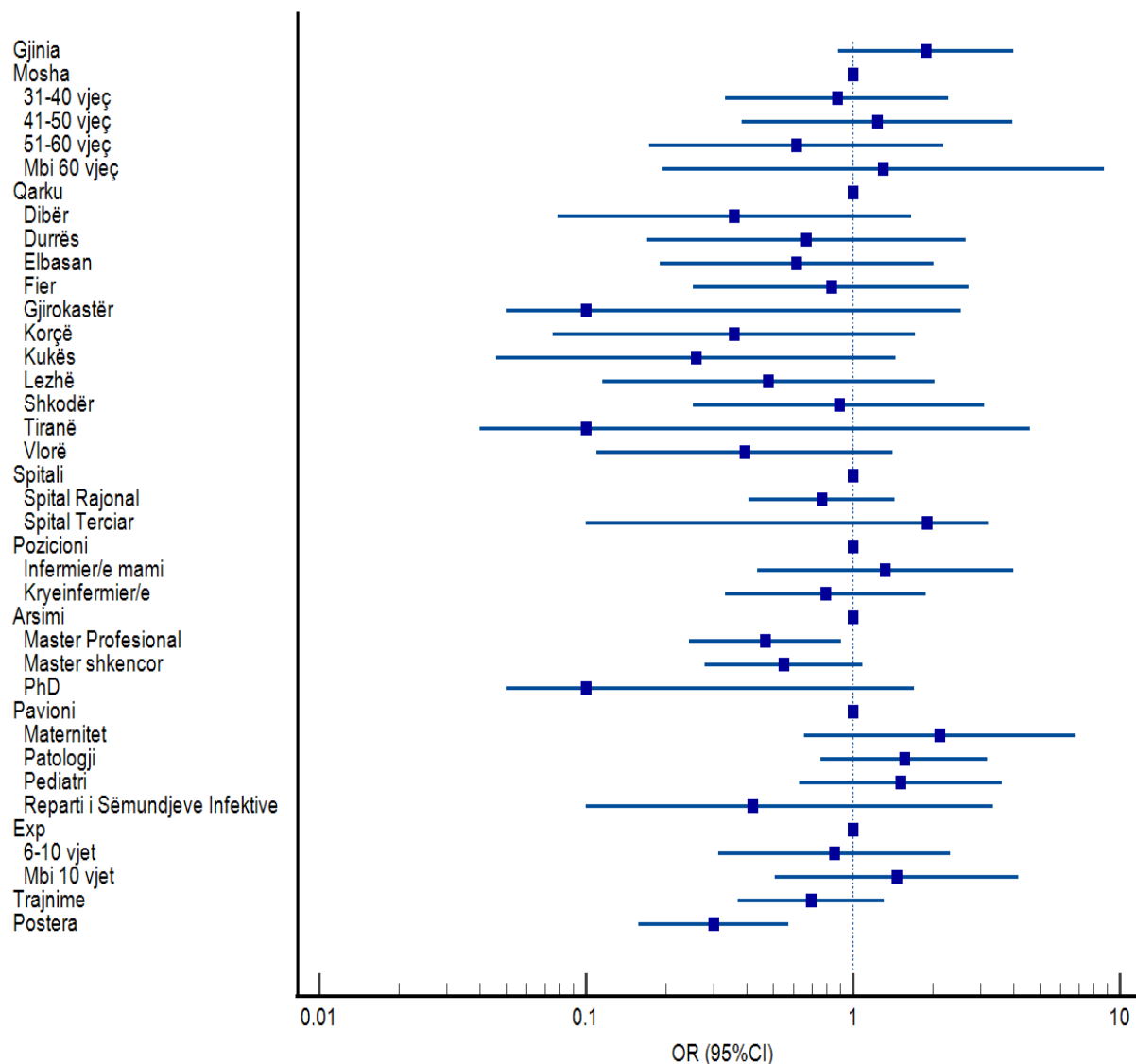


Figura 4. 16 Faktorët që ndikojnë për njohuri të ulëta <50%. Forest plot

Në lidhje me nivelin e njohurive 1298 (94.9%) e stafit i janë përgjigjur saktë $\geq 50\%$ të pyetjeve ndërsa 70 (5.1%) e tyre nuk janë përgjigjur saktë ($p < 0.01$). Për të përcaktuar faktorët që ndikojnë për nivel të ulët <50% të njohurive u krye analiza multivariate e regresionit logjistik sipas karakteristikave sociodemografike dhe profesionale.

Në analizën multivariate të regresionit logjistik për përcaktimin e faktorëve prediktore të njohurive faktor sinjifikant dhe i pavarur rezultoi “Arsimi” dhe prania e Posterave.

Faktorë me ndikim të rëndësishëm statistikisht:

- Pjesëmarrësit me **Master Profesional** kishin më pak gjasa për të pasur njohuri të ulëta, me një OR prej 0.469 dhe një **p=0.023** (statistikisht sinjifikante).
 - Ata me **Master Shkencor** treguan gjithashtu një tendencë të ngjashme (OR=0.5509), por kjo ishte afër pragut të sinjifikancës (p=0.084).
 - Ne institucionet ku janë vendosur **Postera** kishin më pak gjasa për të pasur njohuri të ulëta, me një OR prej 0.3009 (CI: 0.1579-0.5733, $P < 0.001$), që është statistikisht i rëndësishëm. Kjo tregon një ndikim të fuqishëm dhe pozitiv në uljen e gjasave për njohuri të ulëta (<50%).
-
- **Arsimi** është faktori kryesor që ndikon ndjeshëm në uljen e nivelit të njohurive të ulëta, veçanërisht për ata me Master Profesional.
 - Nuk u gjetën lidhje statistikisht të rëndësishme për faktorë të tjerë si gjinia, mosha, qarku, lloji i spitalit, pozicioni, pavioni, eksperiencia, ose pjesëmarrja në trajnime.
 - Këto rezultate sugjerojnë se përmirësimi i arsimit formal mund të jetë strategjia më efektive për të rritur nivelin e njohurive. Ndërhyrjet e tjera, si trajnimi dhe mbështetja institucionale, mund të kenë nevojë për rishikim për të qenë më efektive.
 - Posterat janë një mjet edukativ i thjeshtë dhe i arritshëm që mund të përmirësojë ndjeshëm nivelin e njohurive të stafit shëndetësor.
 - Përmirësimi i njohurive përmes posterave mund të lidhet me qartësinë vizuale, aksesin e lehtë në informacion dhe përsëritjen e tij, duke ndihmuar në përvetësimin e njohurive.

❖ Sesiioni III Qëndrimet e infermierëve lidhur me Infeksionet Nosokomiale

Tabela 4. 12 Qëndrimet e infermierëve lidhur me Infeksionet Nosokomiale

	Nuk Pajtohem	I/e Pavendosur	Pajtohem Pjesërisht	Pajtohem plotësisht	P
Pyetjet	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1-A mendoni se ishin efikase aktivitetet edukative në të cilat keni marrë pjesë për të përmirësuar praktikat tuaja të higjienës së duarve?	17 (1.2)	42 (3.1)	224 (16.4)	1085 (79.3)	<0.01
2-Higjiena e duarve ndikon në parandalimin e infeksionit të lidhur me kujdesin shëndetësor?	12 (0.9)	9 (0.7)	163 (11.9)	1184 (86.5)	<0.01
3-Marrja e sugjerimeve lidhur me aplikimin e higjens së duarve ndikon në rritjen e performancës së shërbimit nga punonjësit e kujdesit shëndetësor?	13 (1.0)	19 (1.4)	207 (15.1)	1129 (82.5)	<0.01
	Dobwt	Mjaftueshëm	Mirë	Shumë mirë	<0.01
4-Si e vlerësoni praktikimin e higjienës së duarve, te profesionistët e kujdesit shëndetësor në shërbimin tuaj, qoftë me fërkim ose me larje duarsh?	34 (2.5)	89 (6.5)	331 (24.2)	914 (66.8)	<0.01
	Kurrë	Ndonjëherë	Shpesh	Gjithmonë	<0.01
5-Drejtuesit dhe kryeinfermierët në institucionin tuaj mbështesin dhe promovojnë hapur higjienën e duarve?	24 (1.8)	102 (7.5)	199 (14.5)	1043 (76.2)	<0.01
6-Institucioni i kujdesit tuaj shëndetësor vendos gjithmonë në dispozicionin tuaj solucion me bazë alkooli në çdo pikë të ofrimit të shërbimit?	23 (1.7)	137 (10.0)	229 (16.7)	979 (71.6)	<0.01
7-A është efikas afishimi i posterave që e demonstrojnë procedurën e higjienës së duarve në ambientin tuaj të punës?	5 (1.1)	100 (7.3)	248 (18.1)	1005 (73.5)	<0.01
8-A e kryeni ju gjithmonë higjienën e duarve sipas rekomandimeve (duke qenë një shembull i mirë për kolegët tuaj)?	7 (0.5)	27 (2.0)	182 (13.3)	1152 (84.2)	<0.01

Në studim mbizotërojnë qëndrimet e drejta të stafit të cilat variojnë nga 66.8% deri në 86.5% të tyre.

- **Efikasiteti i aktiviteteve edukative dhe ndikimi i higjienës së duarve:**
 - **79.3%** e stafit pajtohen plotësisht se aktivitetet edukative për higjienën e duarve kanë qenë efikase.
 - **86.5%** pajtohen se higjiena e duarve ndikon në parandalimin e infeksioneve të lidhura me kujdesin shëndetësor.
 - **82.5%** pajtohen se marrja e sugjerimeve për higjienën e duarve përmirëson performancën e shërbimit.
- **Vlerësimi i praktikës së higjienës së duarve:**
 - **66.8%** e stafit e vlerëson si shumë të mirë praktikën e higjienës së duarve nga profesionistët në shërbimin e tyre, duke theksuar një standard të lartë në këtë aspekt.
- **Mbështetja institucionale dhe mjetet mbështetëse:**
 - **76.2%** e stafit raportojnë se drejtuesit dhe kryeinfermierët mbështesin dhe promovojnë hapur higjienën e duarve.
 - **71.6%** konfirmojnë se institucioni i tyre ofron gjithmonë solucion me bazë alkooli në pikat e shërbimit.
 - **73.5%** e stafit konsiderojnë postera që demonstrojnë higjienën e duarve si efikasë.
- **Sjellja personale dhe zbatimi i rekomandimeve:**
 - **84.2%** e stafit raportojnë se gjithmonë ndjekin rekomandimet për higjienën e duarve, duke qenë shembull i mirë për kolegët.

Rezultatet tregojnë që **mbizotërojnë qëndrimet pozitive**, duke reflektuar një nivel të lartë të vetëdijes dhe angazhimit të stafit ndaj higjienës së duarve dhe masave parandaluese ($p=0.01$). Shifrat që variojnë nga 66.8% deri në 86.5% tregojnë një standard të mirë të praktikave dhe mbështetjes institucionale, duke nënvizuar rëndësinë e aktiviteteve edukative dhe infrastrukturës së përshtatshme në përmirësimin e shërbimeve. Përmirësimi mund të fokusohet në fuqizimin e mëtejshëm të mbështetjes dhe edukimit për të arritur edhe rezultate më të larta.

❖ **Sesioni IV Praktikë infermierore lidhur me Infeksionet Nosokomiale.**

Tabela 4. 13 Frekuenca e praktikave të sakta dhe jo të sakta

Pyetjet	Saktë		Jo e saktë		P
	N	%	N	%	
1.A kryeni higjienën e duarve pas ekspozimit ndaj likideve trupore?	27	2.0	1341	98.0	<0.01
2.A kryeni higjienën e duarve pas kontaktit me mjedisin e afërt të pacientit?	52	3.8	1316	96.2	<0.01
3.A kryeni higjienën e duarve para një procedure të pastër/aseptike?	1323	96.7	45	3.3	<0.01
4.A kryeni higjienën e duarve para kontaktit me pacientin?	1294	94.6	74	5.4	<0.01
5.A kryeni higjienën e duarve pas ekspozimit në mjedisin e afërt të pacientit?	1293	94.5	75	5.5	<0.01
6.A kryeni higjienën e duarve para një procedure aseptike?	102	7.5	1266	92.5	<0.01
7.Cila është koha minimale për fërkimin e duarve me solucion me bazë alkooli?	488	35.7	880	64.3	<0.01
8.Cila metodë zbatohet para palpimit të barkut?	318	23.2	1050	76.8	<0.01
9.Cila metodë zbatohet para injeksionit?	236	17.3	1132	82.7	<0.01
10.Cila metodë zbatohet pasi zbrazni një uturak?	255	18.6	1113	81.4	<0.01
11.Cila metodë zbatohet pasi hiqni dorezat?	214	15.6	1154	84.4	<0.01
12.Cila metodë zbatohet pas rregullimit të shtratit të pacientit?	195	14.3	1173	85.7	<0.01
13.Cila metodë zbatohet pas ekspozimit ndaj gjakut?	1051	76.8	317	23.2	<0.01
14.A shmangni bizhuteritë për të reduktuar kolonizimin e mikrobeve?	1313	96.0	55	4.0	<0.01
15.A shmangni dëmtimin e lëkurës për të reduktuar kolonizimin e mikrobeve?	1321	96.6	47	3.4	<0.01
16.A shmangni thonjtë artificialë për të reduktuar kolonizimin e mikrobeve?	1336	97.7	32	2.3	<0.01
17.A shmangni kremën e duarve për të reduktuar kolonizimin e mikrobeve?	288	21.1	1080	78.9	<0.01
18.Çfarë përdorni për mbrojtjen personale ndaj gjakut/likideve trupore?	1243	90.9	125	9.1	<0.01

Të dhënat tregojnë një përqindje shumë të lartë të pjesëmarrësve që përdorin solucion me bazë alkooli për higjienën e duarve, ($p<0.01$):

92.5% e pjesëmarrësve (1265 individë) raportojnë përdorimin e rregullt të solucionit me bazë alkooli në rutinën e tyre të punës.

- Kjo tregon një nivel të lartë ndërgjegjësimi dhe përputhje me masat standarde për parandalimin e infeksioneve nozokomiale.
- Përdorimi i dezinfektuesit me bazë alkooli është një praktikë e efektshme, e shpejtë dhe e rekomanduar nga udhëzimet ndërkombëtare.

7.5% e pjesëmarrësve (103 individë) nuk e përdorin solucionin me bazë alkooli në punën e tyre të përditshme.

- Kjo tregon një grup të vogël që mund të përballlet me mungesë burimesh, informimi të pamjaftueshëm ose që preferon metoda tradicionale si larja me ujë dhe sapun.

Përqindja e lartë e përdoruesve (92.5%) reflekton suksesin e ndërgjegjësimit dhe trajnimeve mbi masat parandaluese. Megjithatë, një fokus i veçantë duhet të vendoset tek grupi i vogël që nuk përdor solucionin, për të identifikuar arsyet dhe për të ndërmarrë masa për përmirësimin e praktikave të tyre. Kjo mund të përfshijë:

- Edukim shtesë mbi përfitimet e solucionit me bazë alkooli.
- Sigurimin e qasjes së lehtë dhe të qëndrueshme në dezinfektues në të gjitha repartet.

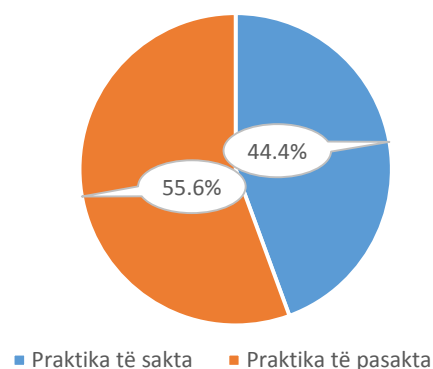


Figura 4. 17 Frekuenca e praktikave të sakta dhe jo të sakta

Praktikat e sakta zbatohen për 8 (44.4%) nga 18 pyetjet ndërsa për shumicën e pyetjeve, 10 (55.6%) pyetje mbizotërojnë praktikat jo të sakta ($p < 0.001$) (tabela 3).

- Praktikrat e pasakta mbizotërojnë për pyetjet: P1, P2, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P17.

❖ **Analizimi i praktikave të sakta. Përgjigjet me ndryshim sinjifikant sipas karakteristikave sociodemografike dhe profesionale.**

- Praktikave të sakta mbizotërojnë për pyetjet: P3, P4, P5, P13, P14, P15, P16, P18.

Stafi ndjek praktikave të sakta në lidhje me higjienën dhe masat mbrojtëse. Ata sigurohen që higjiena e duarve të kryhet përpara një procedure të pastër/aseptike dhe përpara kontaktit me pacientin, duke parandaluar transmetimin e mikrobeve. Pas ekspozimit në mjedisin e afërt të pacientit dhe gjakut, ata zbatojnë metodën e përshtatshme të higjienës së duarve, duke ndjekur protokollet e rekomanduara.

Për të reduktuar kolonizimin e mikrobeve, stafi shmang mbajtjen e bizhuterive, thonjve artificialë dhe kujdeset për të mos dëmtuar lëkurën e duarve, duke ruajtur kështu efektivitetin e masave të higjienës. Gjithashtu, në situata ku ka rrezik për spërklime gjaku apo likide trupore, ata përdorin masat e duhura për mbrojtje personale, si maska, mbrojtëset për sytë dhe përparësja, duke siguruar mbrojtjen e tyre dhe të pacientëve.

Këto veprime reflektojnë përkushtimin e stafit për të mbajtur standardet më të larta të sigurisë dhe higjienës.

❖ **Analizimi i praktikave të pasakta. Përgjigjet me ndryshim sinjifikant sipas karakteristikave sociodemografike dhe profesionale.**

Stafi në disa raste nuk ndjek praktikave të duhura në lidhje me higjienën e duarve dhe masat parandaluese. Ata shpesh nuk kryejnë higjienën e duarve pas ekspozimit ndaj likideve trupore apo pas kontaktit me mjedisin e afërt të pacientit, duke rritur rrezikun e transmetimit të mikrobeve. Gjithashtu, higjiena e duarve nuk realizohet gjithmonë përpara një procedure aseptike, siç është palpimi i barkut apo administrimi i injeksioneve.

Në situata që përfshijnë ekspozimin ndaj ndotjes, si zbrazja e uturakëve, heqja e dorezave apo rregullimi i shtratit të pacientit, metoda e duhur e higjienës shpesh neglizhohet. Për më tepër, stafi nuk i kushton rëndësinë e duhur shmangies së kremrave të duarve, të cilët mund të kontribuojnë në kolonizimin e mikrobeve dhe të pengojnë efektivitetin e higjienës së duarve.

Këto mangësi në ndjekjen e protokolleve të higjienës përbëjnë një rrezik të konsiderueshëm për sigurinë e pacientëve dhe duhet të adresohen përmes trajnimeve dhe vlerësimeve të rregullta.

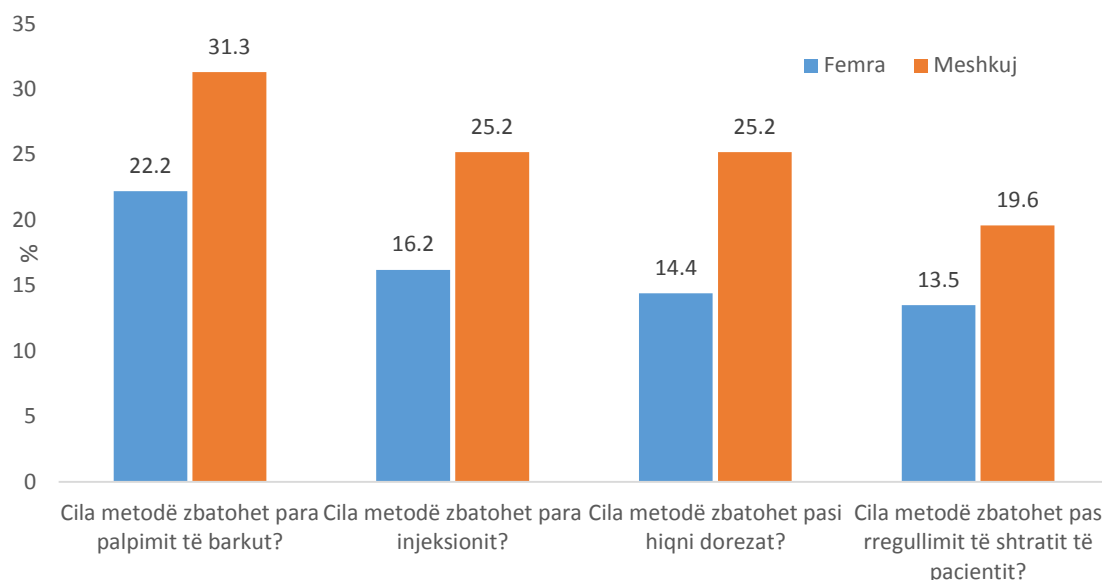


Figura 4. 18 Frekuenca e praktikave të sakta sipas gjinisë

Rezultatet tregojnë një avantazh të meshkujve në ndjekjen e praktikave të sakta të higjienës, por të dy grupet kanë përqindje relativisht të ulëta që tregojnë nevojën për ndërhyrje dhe përmirësim të vazhdueshëm.

-Për pyetjen 12 qarku i Gjirokastrës nuk ka asnjë përgjigje të saktë.

-Spitalet bashkiake tregojnë përqindjen më të ulët të praktikave të sakta.

Rezultatet tregojnë një hendek të qartë midis spitaleve bashkiake dhe spitaleve rajonale/terciare në zbatimin e praktikave të sakta të higjienës. Ky hendek mund të kontribuojë në rritjen e rrezikut për infeksione nozokomiale në spitalet bashkiake.

Spitalet bashkiake tregojnë performancën më të ulët për këto praktika, duke theksuar nevojën për ndërhyrje të menjëhershme në edukim dhe burime. Përmirësimi i nivelit të njohurive dhe praktikave në këto spitale është thelbësor për të reduktuar rrezikun e infeksioneve nozokomiale.

-Infermierët kanë nivel më të ulët të praktikës lidhur me metodën që zbatohet para injeksionit (15.8%) krahasuar me infermiere mamitë (22.3%) dhe kryeinfermierët (21.9%)

-Higjiena e duarve pas ekspozimit ndaj likideve trupore kryhet nga 9% e personelit në repartin e sëmundjeve infektive dhe pothuajse fare në repartet e tjera.

-Mungesa e ndryshimit sinjifikant sipas nivelit arsimor dhe moshës/eksperiencës tregon se këto karakteristika nuk janë faktorë përcaktues për njohuritë dhe zbatimin e praktikave të higjienës. Edukimi dhe trajnimi i vazhdueshëm mbeten thelbësor për të siguruar një standard të lartë në të gjitha grupet.

Kjo tregon që edukimi fillestar dhe trajnimet e mëtejshme janë më të rëndësishme për zbatimin e praktikave sesa niveli arsimor. Njohuritë e fituara gjatë trajnimeve praktike dhe përvojës mund të kenë ndikim më të madh sesa kualifikimet akademike në zbatimin e praktikave.

Mungesa e ndryshimit sinjifikant sugjeron që të gjitha grupmoshat, pavarësisht nga mosha e re apo përvoja e gjatë në punë, kanë një nivel të ngjashëm të njohurive dhe praktikave të higjienës.

Kjo mund të pasqyrojë një standardizim në trajnime dhe protokolle që aplikohet njësoj për të gjitha grupmoshat. Përvojat e fituara gjatë punës duket se nuk ndihmojnë në përmirësimin e praktikave të higjienës për grupmoshat më të vjetra, duke treguar se edukimi fillestar ka më shumë ndikim se sa përvoja.

Tabela 4. 14 Niveli i praktikave të pjesëmarrësve

Niveli i praktikave	N	%
<50%	526	38.5
50-80%	840	61.4
80%+	2	0.1
Total	1368	100.0

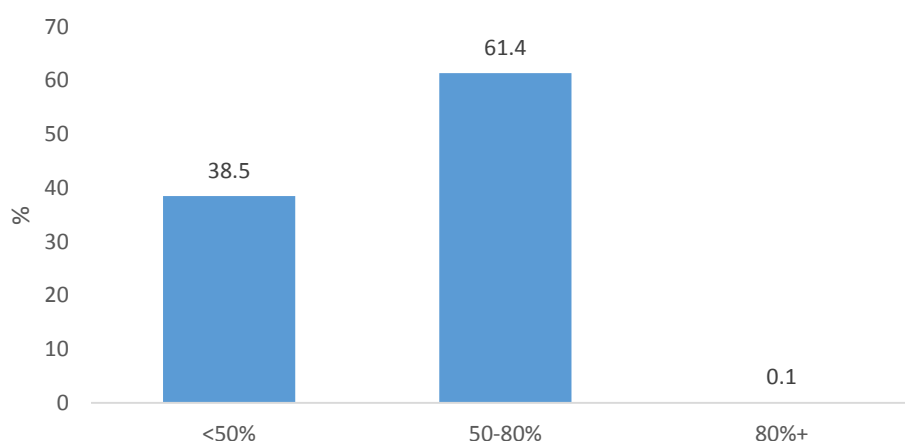


Figura 4. 19 Niveli i praktikave të pjesëmarrësve

Në studim mbizotëron niveli mesatar i praktikave (61.4%) ($p < 0.01$).

Praktika të ulëta (<50%):

38.5% (526 pjesëmarrës) kanë një nivel praktikash nën 50%.

Kjo përqindje e konsiderueshme tregon se më shumë se një e treta e pjesëmarrësve nuk ndjekin praktikatat e duhura në mënyrë konsistente, çka përbën një sfidë për përmirësimin e standardeve të higjienës dhe kujdesit shëndetësor.

Praktika mesatare (50-80%):

61.4% (840 pjesëmarrës) kanë një nivel praktikash mesatare, që përfaqëson shumicën e pjesëmarrësve.

Ky grup tregon një përputhje të pjesshme me masat dhe protokollet e kërkuara, duke qenë një bazë e mirë për ndërhyrje dhe përmirësime.

Praktika të larta (80%+):

Vetëm **0.1% (2 pjesëmarrës)** tregojnë një nivel shumë të lartë praktikash mbi 80%.

Kjo përqindje jashtëzakonisht e ulët sugjeron se ndjekja rigoroze e standardeve është pothuajse e munguar dhe kërkon vëmendje urgjente.

Tabela 4. 15 Niveli i praktikave sipas pjesëmarrjes në trajnime

Niveli i praktikave	Trajnim			
	JO		PO	
	N	%	N	%
<50%	110	45.8	416	36.9
50-80%	129	53.7	711	63.0
80%+	1	0.4	1	0.09

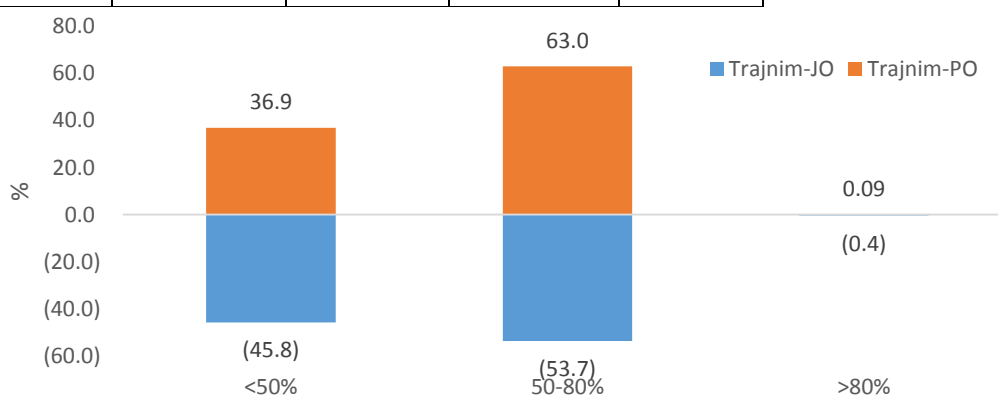


Figura 4. 20 Niveli i praktikave sipas pjesëmarrjes në trajnimeve

U gjet ndryshim sinjifikant i nivelit të njohurive të stafit sipas pjesëmarrjes në trajnime ($p=0.01$).

Të dhënat e tabelës tregojnë një shpërndarje të ndryshme të nivelit të praktikave mes pjesëmarrësve që kanë marrë pjesë në trajnime dhe atyre që nuk kanë marrë pjesë.

Praktika të ulëta (<50%):

45.8% e atyre që nuk kanë marrë pjesë në trajnime kanë një nivel praktikash nën 50%, krahasuar me **36.9%** të atyre që kanë marrë pjesë në trajnime.

Kjo tregon se pjesëmarrja në trajnime ka ndikim pozitiv në reduktimin e praktikave të ulëta, edhe pse një pjesë e konsiderueshme e atyre që janë trajnuar ende kanë mangësi.

Praktika mesatare (50-80%):

53.7% e stafit që nuk janë trajnuar kanë një nivel praktikash mesatare, ndërsa ky nivel është më i lartë (**63.0%**) tek ata që kanë marrë pjesë në trajnime.

Kjo përqindje tregon se trajnimi ka ndihmuar në përmirësimin e praktikave të stafit, duke i shtyrë ata nga praktikat e ulëta në një nivel mesatar.

Praktika të larta (80%+):

Përqindjet për praktikën shumë të lartë (>80%) janë pothuajse të papërfillshme në të dy grupet (0.4% tek të patrajnuarit dhe 0.09% tek të trajnuarit).

Kjo sugjeron që trajnimet aktuale nuk janë ende të mjaftueshme për të arritur standardet më të larta të praktikave.

Rezultatet tregojnë një **ndryshim sinjifikant ($p=0.01$)** në nivelin e praktikave midis stafit të trajnuar dhe atij të patrajnuar. Trajnimet duket se ndihmojnë në reduktimin e praktikave të ulëta dhe rritjen e praktikave mesatare, por ende nuk janë efektive për të nxitur një nivel të lartë praktikash (>80%).

Vëmendja duhet të përqendrohet tek:

1. **Rishikimi i përmbajtjes së trajnimeve** për të përqendruar më shumë në përputhjen me standardet më të larta.
2. **Monitorimi dhe vlerësimi** pas trajnimeve për të siguruar që përmirësimet praktike po ndodhin.

3. **Fokusimi në mbështetjen institucionale** për të adresuar pengesat që mund të pengojnë arritjen e praktikave optimale, edhe tek stafi i trajnuar.

Tabela 4. 16 Niveli i praktikave sipas vendosjes së posterave

Niveli i praktikave	Postera			
	JO		PO	
	N	%	N	%
<50%	42	42.0	484	38.2
50-80%	58	58.0	782	61.7
>80%	0	0	2	0.2

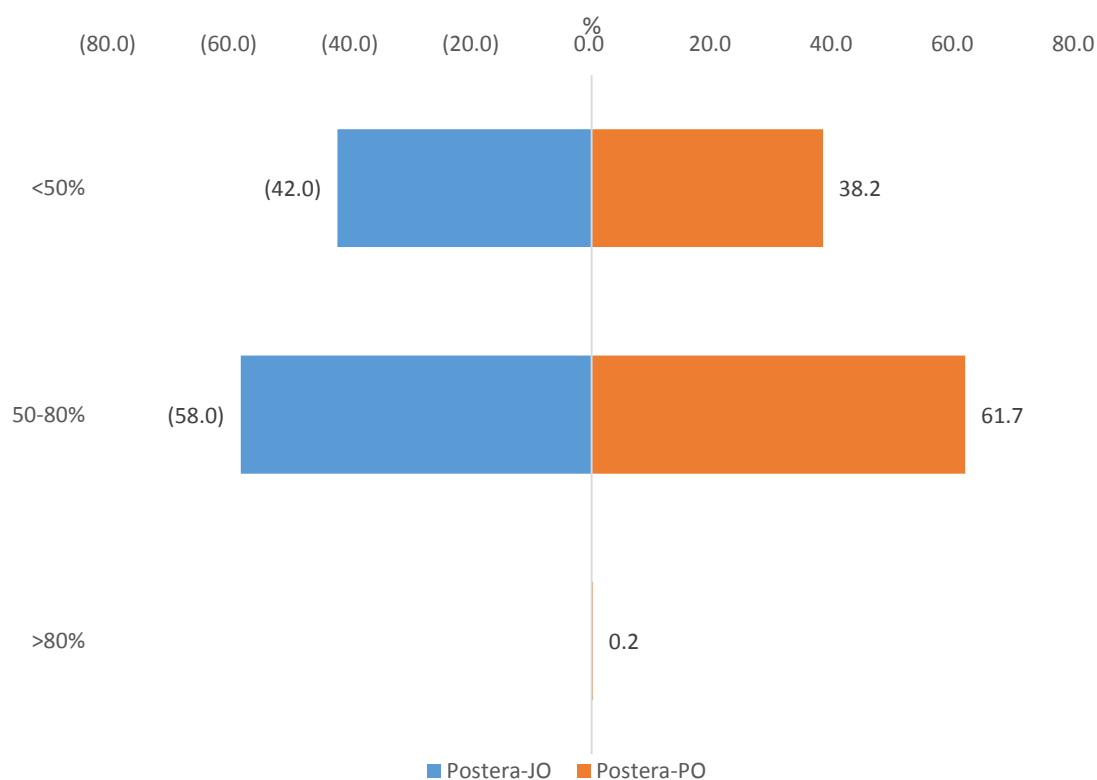


Figura 4. 21 Niveli i praktikave sipas pranisë së posterave

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant i nivelit të praktikave sipas pranisë së posterave ($p=0.6$). **Niveli mesatar (50-80%)** janë kategoria që përfiton më shumë nga posterat, me një rritje prej 3.7%. **Niveli i ulët (<50%)** shfaqin një ulje të vogël me përdorimin e posterave. **Niveli i lartë (>80%)** mbeten shumë të ulëta në të dy grupet, por posterat tregojnë një ndikim minimal.

Posterat ndihmojnë në përmirësimin e nivelit të praktikave, duke ulur lehtë përqindjen e praktikave të ulëta dhe duke rritur ato mesatare. Ndikimi te praktikat e mira është shumë i kufizuar, duke sugjeruar se për të arritur nivele të larta praktikash, duhen ndërhyrje të tjera shtesë përveç posterave.

Tabela 4. 17 Niveli i praktikave sipas të dhënave sociodemografike të pjesëmarrësve në studim

Variablat	<50%		50%-80%		>80%		P
	n	%	n	%	n	%	
Gjinia							0.09
Grua	472	39.2	732	60.7	1	0.08	
Burrë	54	33.1	108	66.3	1	0.6	
Grupmosha							0.3
22-30 vjeç	165	40.5	242	59.5	0	0	
31-40 vjeç	156	34.1	300	65.6	1	0.2	
41-50 vjeç	94	37.9	154	62.1	0	0	
51-60 vjeç	104	43.5	134	56.1	1	0.4	
60+ vjeç	7	41.2	10	58.8	0	0	
Qarku							<0.01
Berat	29	48.3	31	51.7	0		
Dibër	46	59.7	31	40.3	0		
Durrës	43	34.7	81	65.3	0		
Elbasan	69	39.4	105	60.0	1	0.6	
Fier	59	39.9	88	59.5	1	0.7	
Gjirokastër	11	55.0	9	45.0	0		
Korçë	26	33.8	51	66.2	0		
Kukës	27	42.2	37	57.8	0		
Lezhë	23	30.7	52	69.3	0		
Shkodër	42	51.2	40	48.8	0		
Tiranë	98	32.3	205	67.7	0		
Vlorë	53	32.5	110	67.5	0		

-Nuk u gjet ndryshim sinjifikant përsa i përket nivelit të praktikave sipas karakteristikave sociodemografike: gjinisë ($p=0.09$) dhe grupmoshës ($p=0.3$).

-U gjet ndryshim sinjifikant përsa i përket nivelit të praktikave sipas qarkut ($p<0.01$).

Niveli i ulët të praktikave (<50%) sipas qarqeve tregon dallime të dukshme në përqindjet midis rajoneve, duke theksuar qarqet me përqindjen më të lartë të rasteve që raportojnë praktika të ulëta. Konkretisht:

- Dibër (59.7%) dhe Gjirokastër (55.0%) kanë përqindjen më të lartë të individëve me nivel të ulët praktikash (<50%), duke treguar nevojë urgjente për ndërhyrje edukative dhe përmirësime në trajnime për higjienën dhe praktikat e tjera relevante.
- Berat (48.3%) dhe Shkodër (51.2%) gjithashtu raportojnë nivele relativisht të larta të praktikave të ulëta (<50%), duke reflektuar mangësi në zbatimin e standardeve të kërkuara.
- Qarqe si Tirana (32.3%), Vlora (32.5%), dhe Lezha (30.7%) shfaqin përqindjet më të ulëta të praktikave nën nivelin e duhur, duke treguar se këto zona kanë implementuar masa më efektive ose stafi është më i përkushtuar ndaj praktikave të sakta.

Përmbledhtazi, Dibra dhe Gjirokastra janë rajonet ku fokusi për përmirësimin e praktikave duhet të jetë prioritar, ndërsa Tiranë, Vlorë dhe Lezhë tregojnë rezultate më të mira. Këto rezultate sugjerojnë përcaktimin e rajoneve me prioritet të lartë për trajnime dhe ndërhyrje.

Tabela 4. 18 Niveli i praktikave sipas të dhënave profesionale të pjesëmarrësve në studim

Variablat	<50%		50%-80%		>80%		P
	n	%	n	%	n	%	
Lloji i spitalit							0.04
Bashkiak	158	43.2	208	56.8	0		
Rajonal	270	38.5	430	61.3	2	0.3	
Terciar	98	32.7	202	67.3	0		
Pozicioni i punës							0.2
Infermier/e	415	39.5	635	60.4	1	0.1	
Infermier/e mami	54	36.5	93	62.8	1	0.7	
Kryeinfermier/e	57	33.7	112	66.3	0	0	
Niveli arsimor							0.3
Bachelor	222	40.7	322	59.0	2	0.4	
M. Profesional	168	37.2	284	62.8	0		
Master shkencor	131	36.2	231	63.8	0		
PhD	5	62.5	3	37.5	0		
Reparti							0.8
Kirurgji	123	38.7	194	61.0	1	0.3	
Maternitet	76	37.8	124	61.7	1	0.5	
Patologji	193	37.8	317	62.2	0		

Pediatri	106	39.0	166	61.0	0		0.3
Sëmundje Infektive	28	41.8	39	58.2	0		
Eksperiencia e punes							
1-5 vjet	181	40.8	263	59.2	0	0.4	
6-10 vjet	87	33.5	172	66.2	1	0.2	
10+ vjet	258	38.9	405	61.0	1		

Të dhënat tregojnë një ndryshim statistikisht sinjifikant në nivelin e praktikave (<50%) sipas llojit të spitalit ($P = 0.04$).

Spitalet Bashkiake (43.2%) raportojnë përqindjen më të lartë të rasteve me nivel të ulët praktikash (<50%), duke reflektuar sfida më të mëdha në zbatimin e standardeve të higjienës dhe praktikave të sakta. Kjo mund të lidhet me burimet e kufizuara, mungesën e trajnimit ose numrin më të vogël të stafit të kualifikuar.

- **Spitalet Rajonale (38.5%)** kanë një përqindje mesatare të rasteve me praktika të ulëta, duke treguar përmirësime krahasuar me spitalet bashkiake, por ende me nevojë për ndërhyrje dhe trajnime të mëtejshme për të arritur standardet optimale.
- **Spitalet Terciar (32.7%)** tregojnë përqindjen më të ulët të praktikave nën nivelin e duhur, duke reflektuar performancë më të mirë. Kjo mund të lidhet me burimet e avancuara, trajnimin më të mirë dhe staf më të kualifikuar që punon në këto spitale.

Spitalet terciar kanë performancën më të mirë, ndërsa spitalet bashkiake përballen me sfida më të mëdha. Rezultatet sugjerojnë nevojën për përmirësime në spitalet bashkiake dhe rajonale përmes programeve të trajnimit dhe rritjes së burimeve për të mbështetur praktikën e saktë të stafit.

Ndryshimet jo sinjifikante vërehen në disa variabla, duke përfshirë **pozicionin e punës**, ku rezultatet mes infermierëve, infermierëve mami dhe kryeinfermierëve janë të ngjashme, dhe **repartin**, ku nuk ka diferenca të dukshme midis kirurgjisë, maternitetit, patologjisë, pediatriisë dhe sëmundjeve infektive. Gjithashtu, **niveli arsimor dhe eksperiencia në punë** nuk tregojnë ndikim të rëndësishëm në ndryshimin e nivelit të praktikave, duke sugjeruar se këto faktorë nuk luajnë një rol kryesor në performancën e përgjithshme.

❖ Faktorët që ndikojnë mbi nivelin e praktikave

Tabela 4. 19 Faktorët që ndikojnë në praktika të ulëta <50%. Regresioni logjistik multivariat

Variablat	Odds Ratio	95% CI	P-Value
Gjinia	0.772	0.5284 to 1.1279	0.126
Mosha			
31-40 vjeç	1.1006	0.7330 to 1.6527	0.899
41-50 vjeç	1.0865	0.7499 to 1.5743	0.754
51-60 vjeç	1.3523	0.9099 to 2.0100	0.424
Mbi 60 vjeç	1.4446	0.5146 to 4.0550	0.53
Qarku			
Berat	1.759	1.0435 to 2.9652	0.0391
Dibër	2.7554	1.7175 to 4.4203	<0.0001
Elbasan	0.6165	(0.1726, 1.6660)	0.5627
Fier	0.5634	(0.1982, 1.8021)	0.5908
Gjirokastrë	2.2725	0.9320 to 5.5412	0.7006
Korçë	0.5825	(0.2446, 1.3875)	0.4072
Kukës	0.5718	(0.2432, 1.3440)	0.9275
Lezhë	0.413	(0.1700, 1.3033)	0.5116
Shkodër	1.859	1.1828 to 2.9218	0.0087
Vlorë	0.367	(0.1704, 1.7900)	0.9976
Spitali			
Spital Rajonal	0.855	(0.5991, 1.2202)	0.388
Spital Terciar	1.2452	(0.0000, 2.576)	0.96
Pozicioni			
Infermier/e mami	0.9992	(0.4932, 2.0241)	0.998
Kryeinfermier/e	0.8004	(0.5128, 1.2493)	0.327
Arsimi			
Master Profesional	1.0626	(0.7500, 1.5056)	0.733
Master shkencor	1.0718	(0.7351, 1.5628)	0.718
PhD	3.1185	(0.2832, 14.3412)	0.353
Pavioni			
Matërnitet	1.0035	(0.5167, 1.9489)	0.992
Patologji	0.8226	(0.5677, 1.1919)	0.302
Pediatri	0.7975	(0.5171, 1.2300)	0.306
Sëmundjeve Infektive	1.4189	(0.7285, 2.7635)	0.304
Exp			
6-10 vjet	0.8418	(0.5060, 1.4004)	0.507
Mbi 10 vjet	0.8471	(0.4808, 1.4923)	0.566
Trajnime	0.7335	(0.5188, 0.9176)	0.011

Postera	0.9496	(0.6163, 1.4631)	0.875
---------	--------	------------------	-------

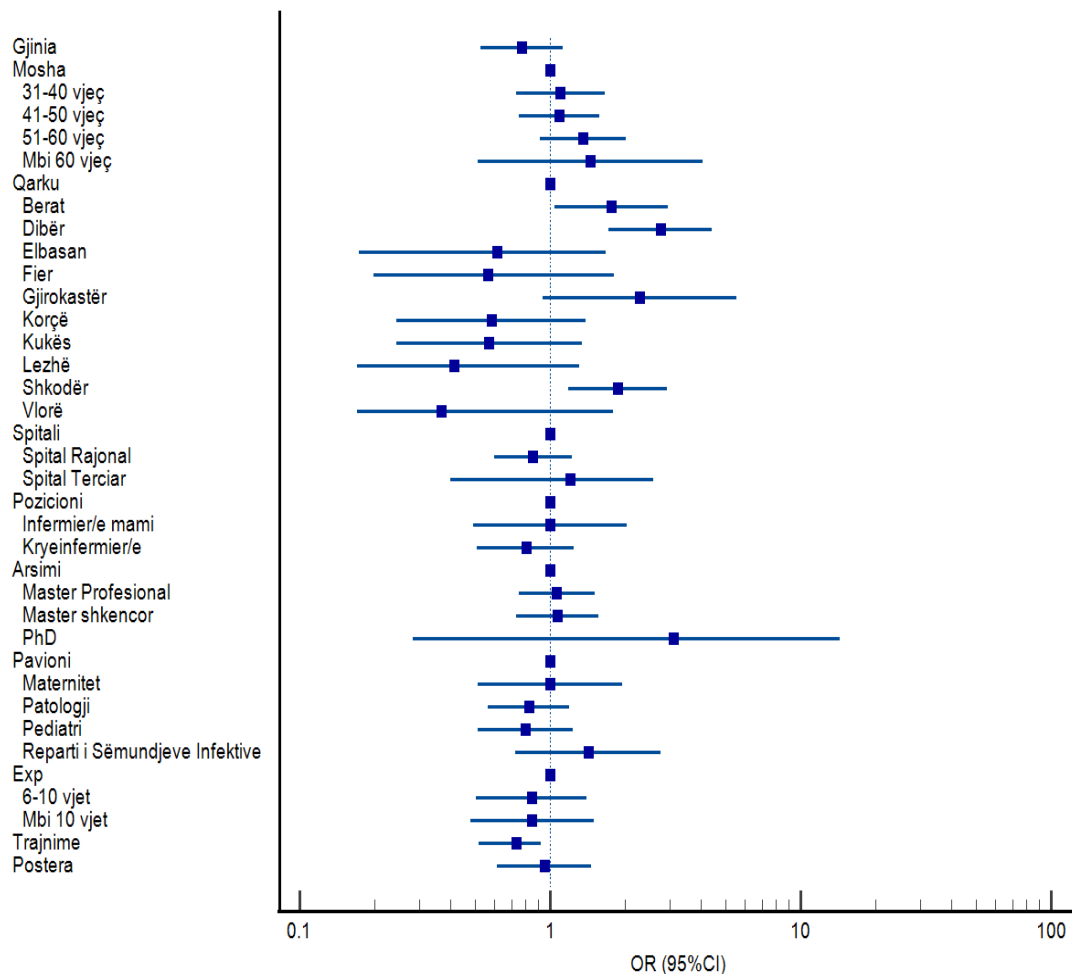


Figura 4. 22 Faktorët që ndikojnë në praktika të ulëta <50%. Forest plot

Në lidhje me nivelin e praktikave 842 (61.5%) e stafit kanë praktika të sakta $\geq 50\%$ të pyetjeve ndërsa 526 (38.5) e tyre nuk kanë praktika të sakta ($p < 0.01$).

Për të përcaktuar faktorët që ndikojnë për nivel të ulët <50% të praktikave u krye analiza multivariate e regresionit logjistik sipas karakteristikave sociodemografike dhe profesionale.

Qarku (Dibër, Berat, Shkodër) dhe pjesëmarrja në trajnime janë faktorët kryesorë që ndikojnë në praktikat e ulëta. Dibra ka riskun më të lartë, ndërsa trajnimet kanë një efekt mbrojtës të rëndësishëm.

Faktorë me ndikim të rëndësishëm statistikisht:

1. Qarku:

- **Dibra (OR=2.7554, p<0.0001):** Pjesëmarrësit nga ky qark kanë gati **2.76 herë më shumë gjasa** për të pasur praktika të ulëta krahasuar me referencën, dhe kjo është statistikisht e rëndësishme.
- **Berati (OR=1.759, p=0.0391):** Pjesëmarrësit nga Berati kanë rreth **1.76 herë më shumë gjasa** për praktika të ulëta, gjithashtu me rëndësi statistikore.
- **Shkodra (OR=1.859, p=0.0087):** Pjesëmarrësit nga Shkodra kanë **1.86 herë më shumë gjasa** për praktika të ulëta.
- Këto gjetje sugjerojnë që qarku është një faktor i rëndësishëm në nivelin e praktikave, me Dibra dhe Shkodra që përballen me sfida më të mëdha.

2. Trajnime (OR=0.7335, p=0.011):

- Pjesëmarrja në trajnime ul gjasat për praktika të ulëta me **27% (OR<1)**, dhe kjo është statistikisht e rëndësishme.
- Kjo tregon efektivitetin e trajnimeve në përmirësimin e praktikave të stafit.

Tabela 4. 20 Krahassimi i nivelit të njohurive dhe praktikave

Niveli i praktikave	Niveli i njohurive			Total
	<50%	50-80%	80%+	
<50%	30 (42.9)	484 (38.4)	12 (30.8)	526
50-80%	40 (57.1)	774 (61.5)	26 (66.7)	840
>80%	0	1 (0.08)	1 (2.6)	2
Total	70	1259	39	1368

Tabela e mësipërme paraqet një krahasim midis nivelit të njohurive dhe praktikave të personelit pjesëmarrës.

➤ **Personeli me praktika nën 50%:**

- Shumica (484 persona, 38.4%) kanë njohuri në intervalin 50-80%.
- Një pjesë e vogël (30 persona, 42.9%) ka njohuri nën 50%, duke treguar një lidhje midis njohurive të ulëta dhe praktikave të ulëta.
- Vetëm një grup i vogël (12 persona, 30.8%) ka njohuri mbi 80%, duke sugjeruar se edhe me njohuri më të larta, praktikat nuk janë gjithmonë të sakta.

➤ **Personeli me praktika 50-80%:**

- Ky grup dominon (774 persona, 61.5%) me njohuri në nivelin 50-80%, duke treguar një lidhje të fortë midis njohurive mesatare dhe praktikave mesatare.
- 40 persona (57.1%) në këtë kategori kanë njohuri nën 50%, duke sugjeruar se njohuritë e ulëta ndikojnë në praktika të moderuara.
- Një numër i vogël (26 persona, 66.7%) ka njohuri mbi 80%.

➤ **Personeli me praktika mbi 80%:**

- Ky grup është i vogël (2 persona gjithsej), dhe përbëhet nga individë me njohuri në nivelin 50-80% (1 person, 0.08%) dhe mbi 80% (1 person, 2.6%).
- Nuk ka individë me praktika mbi 80% dhe njohuri nën 50%, duke sugjeruar një lidhje të drejtpërdrejtë midis nivelit të lartë të njohurive dhe praktikave të sakta.
- Shumica e pjesëmarrësve (61.5%) kanë njohuri dhe praktika në intervalin 50-80%, duke treguar një konsistencë të moderuar.
- Njohuritë mbi 80% shoqërohen kryesisht me praktika mbi 80%, por këto raste janë shumë të rralla (vetëm 2 persona).
- Njohuritë nën 50% shpesh lidhen me praktika të ulëta (<50%), duke theksuar nevojën për ndërhyrje edukative për të përmirësuar të dyja.

Rezultatet sugjerojnë se një rritje e nivelit të njohurive mund të çojë në përmirësime të dukshme në praktika. Një fokus i veçantë duhet t'i kushtohet grupeve me njohuri të ulëta për të rritur performancën e tyre ($p=0.01$).

V. DISKUTIM

Infeksionet e fituara nga kujdesi shëndetësor kanë një ndikim të madh negativ në sistemin global të ofrimit të kujdesit shëndetësor, duke rezultuar në rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë dhe shfrytëzim të tepruar të burimeve të kujdesit shëndetësor (Sands & Aunger, 2020). Parandalimi dhe kontrolli i infeksioneve është axhenda kryesore e kujdesit shëndetësor në mbarë vendin. Studimet ekzistuese janë përpjekur të vlerësojnë njohuritë dhe praktikën e punonjësve të kujdesit shëndetësor në lidhje me parandalimin e infeksionit dhe faktorët shoqërues (Ahmed et al., 2020; Zhou & Chen, 2022; Sodhi et al., 2022); megjithatë, njohuria dhe praktika e veçanërisht infermierëve, të cilët kryejnë barrën më të madhe të aktiviteteve të kujdesit shëndetësor, në lidhje me parandalimin e infeksionit dhe faktorët shoqërues nuk janë trajtuar mire (Karaoglu & Akin, 2018).

Sipas literaturës, mosha, gjinia e pjesëmarrësve, përvoja e shërbimit dhe marrja e trajnimeve për masat e parandalimit të infeksionit janë përcaktuar si faktorë që ndikojnë në njohuritë dhe praktikën e infermierit në lidhje me HAI-n. Për më tepër, njohuritë e pamjaftueshme, problemet e infrastrukturës dhe proceset e menaxhimit të performancës janë njohur si faktorë që ndikojnë në standardet e praktikës së parandalimit të infermierëve (Gulleen et al., 2022; Singh et al., 2021; Wu et al., 2021; Dawa et al., 2019; Brady et al., 2009).

Në këtë studim u gjet një përqindje shumë e lartë e stafit (94.9%) që ka nivel njohurish $\geq 50\%$ të pyetjeve. Gjithashtu, gjetjet e studimit sugjerojnë që ky nivel njohurish është pa ndryshim sinjifikant sipas karakteristikave sociodemografike dhe profesionale. Në mënyrë të ngjashme, në Itali, fusha në të cilën niveli i njohurive ishte më i lartë ishin çështjet e përgjithshme në lidhje me infeksionet spitalore (Zucco et al., 2019) ndërsa në Iran, shumica e të anketuarve (90.90%) demonstruan njohuritë më të larta në fushën e higjienës së duarve dhe menaxhimit të mbetjeve mjekësore (Sharif et al., 2019). Në mënyrë të ngjashme, në Shtetet e Bashkuara, njohuritë më të larta midis infermierëve u raportuan në çështjet që lidhen me higjienën e duarve dhe trajtimin e instrumenteve të mprehta (Niederhauser et al., 2019).

Trajnimi për kontrollin e infeksionit dhe higjienën spitalore (IC/HH) për profesionistët e kujdesit shëndetësor të angazhuar në IC/HH në nivele të ndryshme u rrit pas vitit 2006. Trajnimi i profesionistëve të IC/HH dhe i studentëve të mjekësisë dhe infermierisë u rrit gjatë viteve 2006-2014 dhe shpesh u raportua si i detyrueshëm (në vitin 2024, përkatësisht 68% dhe 83%). Përveç kësaj, organet profesionale dhe

universitetet e kishin rritur gjithashtu rolin e tyre si ofrues të kualifikimit IC/HH që nga viti 2006 (Zucco et al., 2019; Taffurelli et al., 2017).

Krijimi i sistemit të kontrollit të infeksioneve spitalore në Shqipëri filloi në vitin 2010. Sfida e parë ishte ngritja e një sistemi vertikal të kontrollit dhe parandalimit të infeksioneve spitalore nga Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) në Spitalet Rajonale. ISHP - Sektori i Kontrollit dhe Parandalimit të Infeksioneve Nozokomiale është pika qendrore e këtij sistemi dhe në të njëjtën kohë janë ngritur Njësitë e Kontrollit dhe Parandalimit të këtyre infeksioneve në Spitalet Rajonale (Sharif et al., 2019).

Funksionimi i njësive në spitalet rajonale: Ngritja e njësive të kontrollit të infeksioneve spitalore gjatë viteve 2012-2014 ka vijuar me krijimin dhe konsolidimin strukturor në lidhje me organikën e përcaktuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe aplikimin e vazhdueshëm të Protokollit të Kontrollit të Infeksioneve Nosokomiale. Gjithashtu është trajnuar edhe personeli shëndetësor spitalor për rritjen e njohurive për parandalimin e infeksioneve spitalore (Niederhauser et al., 2019).

Një rritje e lehtë u vu re në numrin e vendeve evropiane që zbatojnë programe të edukimit të vazhdueshëm dhe kurrikulat e trajnimit për Kontrollin e Infeksioneve dhe Higjienën Spitalore (IC/HH) (Guembe et al., 2018). Megjithatë, përkundër këtyre ndryshimeve pozitive, rreth gjysmës së shteteve anëtare të BE/ZEE u mungojnë ende programet specifike të trajnimit për mjekët dhe infermierët në rolet e IC/HH, ku 40% nuk kanë mundësi për edukim të vazhdueshëm për këta profesionistë. Nuk pati përmirësim në raportin e stafit të IC/HH ndaj shtretërve në spitalet akute, duke theksuar nevojën urgjente për të siguruar burime njerëzore të specializuara adekuate në IC/HH si për spitalet ashtu edhe për Institucionet e Kujdesit Afatgjatë (LTCF) (Zhu et al., 2019). Një sondazh i vitit 2014 tregoi se 60% e këtyre Shteteve Anëtare mendonin se kompetencat kryesore evropiane të IC/HH kishin ndikuar ndjeshëm në trajnimin e IC/HH në nivel kombëtar. U identifikuan prioritetet e trajnimit bazuar në këto kompetenca për zhvillim të mëtejshëm në kontekste kombëtare dhe për bashkëpunim dhe mbështetje evropiane (Kolpa et al., 2015; Arora et al., 2021).

Ky studim u krye për të vlerësuar njohuritë, qëndrimet dhe praktikat infermirore lidhur me infeksionet spitalore për infermierët që punojnë në pavione me pacientë të hospitalizuar të regjistruar në Republikën e Shqipërisë.

1. Karakteristikat sociodemografike dhe profesionale të pjesëmarrësve

Studimi përfshiu 1368 infermierë nga 12 prefektura, duke ofruar një përfaqësim gjithëpërfshirës të fuqisë punëtore të infermierëve në Shqipëri. Vlen të theksohet se 88.1% e pjesëmarrësve ishin gra, duke nënvizuar natyrën gjinore të profesionit të infermierisë në Shqipëri. Ky disbalancë reflekton tendencat globale, ku infermiera mbetet një profesion i dominuar nga gratë. Për shembull, studimet në Indi raportojnë se 87.4% e infermierëve janë gra, ndërsa në Brazil kjo përqindje arrin në 85.3% (Gupta et al., 2019; De Oliveira et al., 2018). Megjithatë, përfaqësimi i infermierëve meshkuj në Shqipëri (11.9%) është disi më i lartë se në disa rajone fqinje, duke treguar një potencial për një qasje më gjithëpërfshirëse gjinore. Rritja e diversitetit gjinor mund të përmirësojë dinamikën e fuqisë punëtore dhe të përmirësojë shërbimin ndaj pacientëve duke sjellë një gamë më të gjerë perspektivash.

Fuqia punëtore ishte relativisht e re, me një moshë mesatare prej 37.4 vitesh. Një pjesë e konsiderueshme (63.2%) i përkiste grupmoshës 22–40 vjeç, duke sugjeruar një fuqi punëtore aktive dhe të adaptueshme. Megjithatë, përfaqësimi i ulët i stafit më të moshuar (>60 vjeç, 1.2%) nënvizon kufizimet në mbajtjen e infermierëve me përvojë, ndoshta për shkak të lodhjes në punë, politikave të daljes në pension ose mungesës së stimuljeve afatgjatë në karrierë. Kjo sfidë nuk është unike për Shqipërinë; studimet nga Japonia dhe Gjermania, ku mosha mesatare e infermierëve i kalon 45 vitet, theksojnë nevojën për të mbajtur staf me përvojë për të përballuar kompleksitetin në rritje të kërkesave për kujdes shëndetësor (Clark et al., 2020).

Përfaqësimi Rajonal

Qarku i Tiranës (22.1%) reflekton rolin e saj si qendra kryesore e infrastrukturës dhe mundësive shëndetësore në Shqipëri. Nga ana tjetër, prefekturat me numer të ulët si Gjirokastra (1.5%) dhe Dibra (5.6%) nxjerrin në pah dallimet në shpërndarjen e fuqisë punëtore. Këto gjetje përputhen me literaturën globale mbi alokimin qendror të burimeve shëndetësore. Për shembull, Campbell et al. (2019) theksojnë ndarje të ngjashme rajonale në shpërndarjen e personelit shëndetësor në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme (LMICs).

2. Nivelet e njohurive mbi infeksionet spitalore

Studimi identifikoi nivele të moderuara njohurish mes pjesëmarrësve, ku 92% rezultuan me pikë midis 50–80%. Megjithatë, njohuritë e avancuara (>80%) u vërejtën vetëm tek 2.9%, ndërsa 5.1% shfaqën njohuri të pamjaftueshme (<50%). Këto rezultate theksojnë nevojën për ndërhyrje të orientuara arsimore për të përmirësuar njohuritë në të gjithë fuqinë punëtore.

Mangësitë e Veçanta në Njohuri

Burimet mjedisore të infeksionit

Vetëm 15% e pjesëmarrësve identifikuan mjedisin spitalor si burim kryesor të infeksioneve spitalore. Kjo pasqyron gjetjet në Etiopi dhe Nigeri, ku më pak se 20% e punonjësve të kujdesit shëndetësor njohën ndotjen mjedisore si një burim të madh infeksioni (Abdella et al., 2021). Kjo mangësi tregon nevojën për të theksuar higjienën mjedisore në programet e trajnimit, pasi pastërtia mjedisore lidhet drejtpërdrejt me uljen e normave të infeksionit (Allegranzi et al., 2019).

Momentet e higjienës së duarve

Një pjesë e konsiderueshme (62.1%) nuk arriti të kuptojë momentet kritike për higjienën e duarve. Këto keqkuptime pasqyrojnë sfida më të gjera të vërejtura në Pakistan dhe vende të ngjashme me të ardhura të ulëta dhe të mesme (LMICs), ku vetëm 30% e infermierëve mund të përshkruanin saktë "Pesë Momentet për Higjienën e Duarve" të OBSH-së (Aziz et al., 2020).

1. Përdorimi i dezinfektuesve të bazuar në Alkool (ABHR)

Pavarësisht kuptimit të përhapur mbi ABHR-të, 58.5% i konsideruan gabimisht ato si zëvendësime për larjen kirurgjikale të duarve. Keqkuptime të ngjashme janë raportuar në Turqi dhe Brazil, duke nxjerrë në pah mangësi në integrimin e protokolleve të përditësuara në praktikë (De Oliveira et al., 2018).

Dallimet rajonale në njohuri

Dallimet në njohuri ishin të dukshme ndërmjet rajoneve, ku Dibra dhe Shkodra shfaqën rezultate më të ulëta krahasuar me qendrat terciare. Këto gjetje përputhen me kërkimet që tregojnë se punonjësit e kujdesit shëndetësor në rajone shpesh nuk kanë akses në

programe cilësore trajnimi dhe udhëzime të përditësuara (Taneja et al., 2021). Duhet të zbatohen përpjekje të personalizuar trajnimi për të mbyllur këto hendekë rajonale.

3. Qëndrimet ndaj Praktikave të Parandalimit të Infeksioneve

Qëndrimet pozitive përbënin një pikë të fortë, ku 79.3% e pjesëmarrësve njohën efektivitetin e aktiviteteve arsimore dhe 86.5% theksuan rëndësinë e higjienës së duarve në parandalimin e infeksioneve. Këto gjetje përputhen me studimet nga vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme (LMICs) si Kenia, ku 80% e punonjësve të kujdesit shëndetësor shprehën besim në masat e kontrollit të infeksioneve kur trajnoheshin në mënyrë adekuate (Mwangi et al., 2020).

Vëzhgime kryesore mbi qëndrimet

Aktivitete edukative

Afro 80% e pjesëmarrësve nënvizuan vlerën e edukimit të vazhdueshëm në përmirësimin e higjienës së duarve. Kjo përputhet me gjetjet globale që lidhin trajnimin e rregullt me përmirësimin e parandalimit të infeksioneve (Allegranzi et al., 2019).

Mbështetja institucionale

Mbi 76% raportuan mbështetje të dukshme nga drejtuesit në promovimin e masave të kontrollit të infeksioneve. Kjo është thelbësore, pasi studimet theksojnë rolin e leadershipit në nxitjen e respektimit të praktikave të parandalimit të infeksioneve (Allegranzi et al., 2019).

Sfidat në Qëndrime

Pavarësisht qëndrimeve pozitive, 10% shprehën pasiguri lidhur me mbështetjen institucionale ose mjaftueshmërinë e disponueshmërisë së dezinfektuesve me bazë alkooli (ABHR). Këto përgjigje reflektojnë çështje sistemike, si zinxhirët e furnizimit të pasigurt, të cilat minojnë besimin në përpjekjet për kontrollin e infeksioneve (Nabirye et al., 2020).

4. Zbatimi Praktik i Masave të Kontrollit të Infeksioneve

Megjithëse qëndrimet ndaj parandalimit të infeksioneve ishin pozitive, u vunë re mungesa të konsiderueshme në zbatimin praktik. Për shembull, respektimi i higjienës së duarve pas ekspozimit ndaj lëngjeve trupore ishte vetëm 2%, dhe respektimi i higjienës mjedisore ishte 3.8%. Këto mospërputhje pasqyrojnë sfidën e zakonshme të përkthimit të njohurive dhe qëndrimeve në praktika të qëndrueshme.

Pengesat kryesore në zbatim

-Kufizimet Kohore

Ngarkesa e lartë e pacientëve shpesh pengon infermierët që të ndjekin protokollet, një sfidë e dokumentuar në Vietnam dhe Bangladesh (Vuong et al., 2019).

-Disponueshmëria e burimeve

Mungesa e dezinfektuesve me bazë alkooli (ABHR) dhe materialeve të tjera higjienike në disa institucione pengon respektimin e masave, duke përputhur gjetjet nga Uganda (Nabirye et al., 2020).

-Shprehitë e sjelljes

Mosrespektimi i qëndrueshëm, sidomos mes infermierëve me përvojë, mund të jetë rezultat i zakoneve të ngulitura më shumë sesa i mungesës së njohurive (De Oliveira et al., 2018).

Variacionet rajonale dhe institucionale

Spitalet bashkiake shfaqën normat më të ulëta të respektimit (43.2%), krahasuar me spitalet terciare (32.7%). Këto pabarazi janë në përputhje me gjetjet në LMICs, ku mungesat e burimeve midis institucioneve parësore dhe terciare shpesh ndikojnë në performancë (Campbell et al., 2019).

5. Ndikimi i trajnimit dhe burimeve edukative

Pjesëmarrësit që kishin marrë pjesë në trajnim raportuan njohuri më të mira (92.7%) dhe nivele të moderuara të praktikës (63%). Kjo përputhet me gjetjet nga Bangladeshi dhe Gana, ku trajnimet e strukturuar përmirësuan respektimin e protokolleve me 20–30% (Haque et al., 2020).

Megjithatë, mungesa e përmirësimit të rëndësishëm në praktikat e avancuara (>80%) thekson nevojën për metodologji trajnimi më efektive, si për shembull, mësimi i bazuar në skenarë praktikë.

Krahasimi me studime të mëparshme

1. Gjinia dhe praktikat e kontrollit të infeksioneve

Shpërndarja gjinore në këtë studim (88.1% gra) pasqyron modelet globale në infermieri. Studimet në Indi dhe Brazil raportojnë trende të ngjashme, ku gratë përbëjnë 80–90% të fuqisë punëtore të infermierisë (Patidar et al., 2021; Oliveira et al., 2020). Kjo pasqyron normat shoqërore dhe pritshmëritë gjinore që lidhen me rolet e kujdesit.

Interesant është fakti që pjesëmarrësit meshkuj në studimin tonë kishin më shumë gjasa të demonstrojnë njohuri të avancuara dhe praktika të sakta, veçanërisht në lidhje me higjienën e duarve dhe përdorimin e zgjidhjeve me bazë alkooli. Këto gjetje janë në përputhje me kërkimet nga Irani, ku infermierët meshkuj u gjetën të respektonin më mirë protokollet e higjienës së duarve, ndoshta për shkak të përfaqësimit më të madh në role drejtimi ose të specializuara (Momeni et al., 2019).

Nga ana tjetër, studime të tjera (p.sh., Carter et al., 2020) nuk raportojnë ndryshime të rëndësishme gjinore, duke sugjeruar se ky variacion mund të jetë i lidhur me kontekstin specifik, faktorët kulturorë ose qasjen në trajnim.

2. Moshë dhe përvoja si faktorë përcaktues të njohurive dhe praktikave

Pjesëmarrësit e moshës 22–40 vjeç demonstrojnë njohuri më të mira (50–80%) dhe praktika më të sakta krahasuar me grupmoshat më të vjetra. Infermierët më të rinj, që shpesh janë më afër arsimimit ose trajnimeve të fundit, mund të ruajnë njohuri dhe aftësi të përditësuara, siç konfirmohet nga studimet në Etiopi dhe Malajzi (Bekele et al., 2022; Chong et al., 2019).

Megjithatë, rënia në respektimin e protokolleve të infermierët e moshës 41–60 vjeç përputhet me gjetjet e Wulandari et al. (2020), të cilët raportuan rezistencë ndaj adoptimit të protokolleve të reja midis infermierëve me përvojë, për shkak të mbështetjes së tyre në praktika rutinore të krijuara më herët në karrierë.

Është interesante se pjesëmarrësit mbi 60 vjeç në këtë studim kishin përqindjen më të lartë të njohurive të avancuara (>80%). Kjo gjetje pasqyron rezultatet e Tonna et al. (2021), të cilët lidhin përvojën profesionale me ekspertizën teorike. Sidoqoftë, kjo ekspertizë nuk përkthehet gjithmonë në respektim praktik të protokolleve.

3. Arsimimi dhe nivelet e njohurive

Studimi evidentoi një lidhje të fortë midis niveleve të larta të arsimimit dhe përmirësimit të njohurive. Pjesëmarrësit me diploma Master ishin më pak të prirur të kishin nivele të ulëta njohurish (<50%), duke theksuar rëndësinë e arsimimit të avancuar në zhvillimin e kompetencës teorike. Kjo përputhet me gjetjet e Chassin et al. (2020), të cilët vëzhguan se infermierët me kualifikime pasuniversitare shfaqnin praktika më të mira për parandalimin e infeksioneve, veçanërisht në njësitë e specializuara spitalore.

Megjithatë, mungesa e dallimeve domethënëse në praktika midis infermierëve me diploma Bachelor dhe Master nxjerr në pah një shkëputje kritike midis njohurive akademike dhe zbatimit të tyre praktik. Kjo është vërejtur edhe në studime të tjera, si ai i Ahmed et al. (2019), ku njohuritë e fituara përmes arsimit formal nuk përktheheshin gjithmonë në përmirësim të praktikave në vendin e punës, për shkak të pengesave institucionale ose sistemike.

4. Dallimet midis spitaleve terciare dhe rajonale

Dallimet rajonale në nivelet e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave (KAP) ishin të dukshme, me spitalet terciare (p.sh., Tirana) që rezultuan më mirë krahasuar me ato rajonale (p.sh., Dibra). Modele të ngjashme janë raportuar në Pakistan (Khan et al., 2021) dhe Etiopi (Bekele et al., 2022), ku spitalet terciare përfitojnë nga trajnime më të mira, burime më të shumta dhe mbikëqyrje më e fortë.

Spitalet rajonale shpesh përballen me sfida si qasje e kufizuar në trajnim, burime të pakta dhe mungesa personeli, të cilat kontribuojnë në rezultate më të dobëta (Teklemariam et al., 2019). Performanca relativisht më e mirë e spitaleve terciare në studimin tonë përputhet me kërkimet e Allegranzi et al. (2021), të cilat tregojnë se spitalet terciare zakonisht zbatojnë protokolle më të rrepta të kontrollit të infeksioneve, kanë alokim më të mirë të burimeve dhe masat e llogaridhënies janë më të larta.

5. Efektiviteti i programeve të trajnimit

Pjesëmarrja e lartë në programet e trajnimit (82.5%) nuk solli përmirësime të krahasueshme në praktika, me 38.5% të pjesëmarrësve që ende shfaqnin respektim të ulët (<50%). Kjo përputhet me gjetjet e Erasmus et al. (2020), të cilët vërejtën se

programet e përgjithshme të trajnimit shpesh dështojnë të arrijnë ndryshime të qëndrueshme në sjellje pa përforsim të rregullt ose punëtori praktike.

Studimet në Kinë (Liang et al., 2021) dhe Kenia (Maina et al., 2022) kanë theksuar rëndësinë e programeve interaktive dhe të personalizuar të trajnimit, duke u përqendruar në skenarë të botës reale dhe vlerësime të mëvonshme për të kapërcyer hendekun midis njohurive dhe praktikës.

Shpjegime për prirjet e vëzhguara

1. Sfidat në Kapërcimin midis Njohurive dhe Praktikave

Mospërputhja midis niveleve të moderuara deri të larta të njohurive (92% me pikë 50–80%) dhe respektimit të ulët të praktikave (<50% në 38.5% të pjesëmarrësve) nxjerr në pah çështje sistematike në përkthimin e njohurive teorike në sjellje të zbatueshme. Faktorët që kontribuojnë në këtë hendek përfshijnë:

- **Pengesa institucionale:** Mungesa e burimeve, numri i pamjaftueshëm i stafit dhe mbikëqyrja e papërshtatshme, veçanërisht në zonat rajonale (Teklemariam et al., 2019).
- **Faktorë të sjelljes:** Rezistenca ndaj ndryshimeve dhe mbështetja në praktika rutinore, veçanërisht te stafi më i vjetër ose me përvojë më të madhe (Wulandari et al., 2020).

2. Diferencat e burimeve në spitalet rajonale

Performanca e dobët e spitaleve rajonale thekson ndikimin e shpërndarjes së pabarabartë të burimeve. Spitalet në rajone si Dibra dhe Berati kishin gjasa të konsiderueshme më të larta për praktika të dobëta (<50%), duke pasqyruar gjetjet nga studimet në Afrikën sub-Sahariane (Allegranzi et al., 2021). Institucionet rajonale shpesh vuajnë nga mungesa e infrastrukturës, mundësive për trajnim dhe mbështetjes së lidershit, që janë thelbësore për zbatimin e protokolleve të parandalimit të infeksioneve.

3. Ndikimi i Kufizuar i Mjeteve Vizuale

Prania e gjerë e posterave (92.7%) nuk solli përmirësime të rëndësishme në respektimin e praktikave të higjienës së duarve, duke përfutur gjetjet e Erasmus et al. (2020), të cilët argumentuan se mjetet pasive edukative nuk janë të mjaftueshme vetë. Përforsimi

i sjelljeve, si auditimet, komentet dhe modelimi nga kolegët, është thelbësor për të siguruar respektimin e qëndrueshëm të protokolleve të kontrollit të infeksioneve.

Objektivi 1: Vlerësimi i nivelit të njohurive të stafit infermieror mbi infeksionet spitalore

- Shumica e stafit infermieror (92%) tregoi nivele të moderuara të njohurive, me rezultate midis 50–80%. Megjithatë, njohuritë e avancuara ishin të rralla; vetëm 2.9% e pjesëmarrësve shënuan mbi 80%.

Kjo tregon se infermierët zotërojnë bazat e parandalimit të infeksioneve spitalore, por nuk kanë një kuptim të thelluar të protokolleve të avancuara.

- **Mangësi në njohuri specifike:**

Dallime të dukshme u identifikuan në fusha specifike: Roli i mjedisit si burim infeksioni u njoh saktë nga vetëm 15% e pjesëmarrësve. Momente kritike për higjienën e duarve, si para palpimit (23.2%) dhe para injektimit (17.3%), treguan përqindje të ulëta përgjigjesh të sakta.

Këto mangësi janë në përputhje me studimet e mëparshme (Ahmed et al., 2019), duke reflektuar dobësi në kuptimin e aspekteve kritike të parandalimit të infeksioneve.

- **Roli i arsimit dhe trajnimit:**

Pjesëmarrësit me diploma Master Profesional ose trajnim të kohëve të fundit treguan nivele më të larta njohurish, duke mbështetur një lidhje pozitive midis arsimit dhe përmirësimit të njohurive.

Megjithatë, niveli i moderuar i njohurive që mbetet i përhapur në të gjitha grupet sugjeron se programet ekzistuese të trajnimit nuk janë mjaftueshëm të detajuara ose të personalizuara për të adresuar boshllëqet specifike.

Objektivi 2: Vlerësimi i qëndrimeve të stafit infermieror ndaj parandalimit të infeksioneve

- Stafi infermieror shfaqti qëndrime shumë pozitive ndaj masave të kontrollit të infeksioneve:
 - **Higjiena e duarve:** 86.5% e pjesëmarrësve ranë dakord se higjiena e duarve është efektive për parandalimin e infeksioneve spitalore.

- **Mbështetja institucionale:** 76.2% raportuan se mbështetja nga lidershipi ndihmon në respektimin e standardeve higjienike, dhe 73.5% vlerësuan ndikimin e posterave në përf forcimin e praktikave higjienike.
- **Programet edukative:** 79.3% theksuan rëndësinë e programeve edukative për përmirësimin e praktikave higjienike.
- **Dallimi midis qëndrimeve dhe praktikave:**

Pavarësisht qëndrimeve pozitive, praktikat nuk përputheshin plotësisht me to:

- Vetëm 61.4% e pjesëmarrësve treguan respektim të moderuar të protokolleve. 38.5% shfaqën praktika të dobëta, duke përfshirë mungesën e respektimit të higjienës së duarve pas kontaktit me pacientët ose ekspozimit ndaj lëngjeve trupore.

Kjo gjetje përputhet me Erasmus et al. (2020), të cilët argumentuan se qëndrimet pozitive nuk mjaftojnë pa sisteme mbështetëse dhe përf forcim aktiv të sjelljeve.

Objektivi 3: Shqyrtimi i shtrirjes së zbatimit të praktikave të përshtatshme për parandalimin e infeksioneve

- Vetëm 0.1% e pjesëmarrësve arritën një respektim të lartë të protokolleve (>80%), ndërsa 38.5% rezultuan me respektim të ulët (<50%).
- Praktika si higjiena e duarve para kontaktit me pacientin (94.6%) dhe para procedurave aseptike (96.7%) ishin të raportuara shpesh.
- Megjithatë, praktikat pas ekspozimit ndaj lëngjeve trupore (2%), pas kontaktit me mjedisin e pacientit (3.8%), dhe para palpimit ose injeksioneve (17.3%) ishin kryesisht të neglizhuara.
- Spitalet terciare performuan më mirë, me 67.3% të stafit që arritën respektim të moderuar (50–80%), krahasuar me vetëm 56.8% në spitalet bashkiake.
- Kufizimet në burime dhe mungesa e stafit ishin faktorë të rëndësishëm që kontribuan në performancën më të dobët të spitaleve rajonale dhe bashkiake, në përputhje me gjetjet e Allegranzi et al. (2021).
- Pjesëmarrësit e trajnuar treguan një respektim më të mirë të moderuar (63% krahasuar me 53.7% të stafit të patrajnuar).

- Megjithatë, 36.9% e stafit të trajnuar ende shfaqën praktika të dobëta, duke reflektuar boshllëqe në cilësinë e trajnimit ose barriera në zbatimin praktik.

Objektivi 4: Identifikimi i faktorëve që ndikojnë në nivelet e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave (KAP)

- **Faktorët demografikë:**

- **Gjinia:** Pjesëmarrësit burra treguan njohuri dhe praktika më të mira se gratë, veçanërisht në fusha që kërkojnë njohuri të avancuara ose role drejtuese (7.4% vs. 2.2% me njohuri të avancuara). Këto gjetje përputhen me Momeni et al. (2019), të cilët vërejtën se infermierët burra shpesh përfitojnë më shumë nga trajnimet e avancuara ose mbajnë pozicione mbikëqyrëse.
- **Mosha:** Infermierët më të rinj (22–40 vjeç) performuan më mirë në njohuri dhe praktika, falë edukimit të fundit dhe ekspozimit ndaj protokolleve të përditësuara. Infermierët më të vjetër (>60 vjeç) treguan nivelet më të larta të njohurive të avancuara (>80%), duke reflektuar ndikimin e përvojës në kuptimin teorik, por kjo nuk përkthehet gjithmonë në praktika më të mira.

- **Faktorët institucionalë:**

- **Tipi i spitalit:** Spitalet terciare, veçanërisht qendrat terciare, performuan më mirë se spitalet rajonale dhe bashkiake.
 - Dibra dhe Berati treguan nivelet më të larta të praktikave të dobëta (<50%), përkatësisht me 59.7% dhe 48.3%, duke reflektuar dallimet në burime dhe qasje në trajnim.

- **Posterat:**

- Prania e posterave rrisin në mënyrë sinjifikante njohuritë dhe ulin përqindjen e nivelit të ulët ($p < 0.01$) Kjo tregon se posterat ndihmojnë në rritjen e njohurive të larta (>80%), edhe pse kjo kategori mbetet më e vogla.
 - Por prania e posterave nuk pati ndikim të rëndësishëm në respektimin e praktikave, duke konfirmuar se mjetet pasive nuk mjaftojnë për të nxitur ndryshime të qëndrueshme në sjellje.

- **Ndikimi i trajnimit:** Programet e trajnimit ndikuan pozitivisht në përmirësimin e njohurive dhe praktikave të moderuara: Pjesëmarrësit e trajnuar kishin 27% më pak gjasa të shfaqnin nivele të ulëta njohurish. Megjithatë, zbatimi i qëndrueshëm i praktikave të mira mbeti sfidues, duke sugjeruar nevojën për përmirësime në cilësinë e programeve të trajnimit.

Vlerësimi i hipotezave bazuar në gjetjet

Hipoteza 1 (H1):

"Nivelet më të larta të arsimit dhe pjesëmarrja në programet e trajnimit lidhen pozitivisht me njohuritë dhe praktikave të mira në parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore ndër stafin infermieror."

Gjetjet dhe vlerësimi

Njohuritë:

Kjo hipotezë u **konfirmua**. Pjesëmarrësit me arsimim më të lartë (sidomos me diploma Master Profesional) shfaqën nivele dukshëm më të mira të njohurive.

- Vetëm 3.3% e infermierëve me diplomë Bachelor demonstuan njohuri të avancuara (>80%), krahasuar me 4.1% të atyre me diplomë Master.
- Infermierët me Master Profesional kishin më pak gjasa të kishin njohuri të dobëta (<50%) (OR = 0.469, p = 0.023).

Këto gjetje janë në përputhje me studimet e mëparshme, si ai i Ahmed et al. (2019), që raportojnë se arsimimi i lartë përmirëson kuptimin teorik të kontrollit të infeksioneve.

Programet e trajnimit:

Pjesëmarrja në trajnime lidhej me më pak gjasa për nivele të ulëta të praktikave (<50%) dhe respektim më të mirë të udhëzimeve për kontrollin e infeksioneve.

- Ata që morën pjesë në trajnim kishin 27% më pak gjasa të shfaqnin nivele të ulëta njohurish (OR = 0.7335, p = 0.011).
- Gjetjet mbështesin përfundimet e Liang et al. (2021), duke theksuar rolin e trajnimit të synuar për të mbushur hendekun e njohurive dhe praktikave.
-

Praktikat:

Efekti i arsimit dhe trajnimit në praktika ishte më pak i qëndrueshëm.

- Pjesëmarrësit e trajnuar treguan përmirësim të lehtë në nivelet e praktikës (63% me praktika të moderuara, krahasuar me 53.7% të atyre që nuk u trajnuan).
- Megjithatë, 36.9% e stafit të trajnuar ende shfaqën praktika të dobëta (<50%). Kjo sugjeron se, ndonëse trajnimi përmirëson njohuritë, ai nuk përkthehet gjithmonë në respektim të qëndrueshëm praktik, për shkak të pengesave sistemike ose boshllëqeve në cilësinë e programeve të trajnimit.

Përfundimi për H1:

Hipoteza u **konfirmua pjesërisht**. Arsimi i lartë dhe trajnimi përmirësuan dukshëm nivelet e njohurive, por ndikimi i tyre në praktika mbeti i kufizuar. Këto gjetje nënvizojnë nevojën për trajnime të përmirësuara dhe të orientuara drejt praktikës, që adresojnë pengesat institucionale dhe përforcojnë sjelljet në vendin e punës.

Hipoteza 2 (H2):

"Stafi infermieror në spitalet terciare demonstroi nivele më të larta të njohurive dhe respektim më të mirë të praktikave për parandalimin e infeksioneve krahasuar me spitalet rajonale ose bashkiake."

Gjetjet dhe Vlerësimi

- **Njohuri dhe praktika:**

Hipoteza u **konfirmua**. Spitalet terciare performuan më mirë:

- Vetëm 32.7% e stafit në spitalet terciare shfaqën praktika të dobëta (<50%), krahasuar me 43.2% në spitalet bashkiake.
- Spitalet terciare kishin përqindjen më të lartë të njohurive të avancuara (>80%) (4.3%), krahasuar me 1.6% në spitalet bashkiake.

- **Dallimet midis rajoneve dhe qendrave terciare:**

Spitalet rajonale, veçanërisht në Dibër dhe Berat, ishin dukshëm të disavantazhuara. Për shembull:

- Dibra kishte përqindjen më të lartë të praktikave të dobëta (59.7%), ndjekur nga Gjirokastra (55%).
- Qendrat terciare si Tirana dhe Vlora performuan dukshëm më mirë, me më pak staf që shfaqte praktika të dobëta (32.3% dhe 32.5%, përkatësisht).

Këto pabarazi janë në përputhje me gjetjet e Allegranzi et al. (2021), të cilët theksojnë se spitalet rajonale shpesh vuajnë nga kufizime burimore, mungesë stafi dhe mbikëqyrje e pamjaftueshme.

- **Shpërndarja e burimeve:**

Performanca më e mirë e spitaleve terciare reflekton qasjen e tyre në burime më të avancuara, nivele më të larta të stafit dhe programe trajnimi më të shpeshta. Ky trend përputhet me studimin e Khan et al. (2021), i cili evidenton se spitalet terciare kanë më shumë gjasa të zbatojnë me efektivitet protokollet e kontrollit të infeksioneve.

Përfundimi për H2:

Hipoteza u **konfirmua**. Spitalet terciare demonstuan rezultate më të mira në nivelet e njohurive dhe praktikave (KAP), duke reflektuar diferenca sistemike në shpërndarjen e burimeve dhe qasjen në trajnim. Këto rezultate theksojnë nevojën për politika që adresojnë kufizimet burimore në spitalet rajonale dhe bashkiake për të reduktuar hendekun midis institucioneve shëndetësore.

Hipoteza 3 (H3):

"Faktorët demografikë, si gjinia, mosha dhe vitet e përvojës, ndikojnë ndjeshëm në nivelet e njohurive dhe praktikave që lidhen me parandalimin e infeksioneve spitalore, me pritshmëritë që stafi më i ri dhe më me përvojë të performojë më mirë."

- **Stafi i ri:** Ka avantazhin e njohurive të përditësuara, të marra nga trajnimi i fundit, që i ndihmon në zbatimin e praktikave të sakta.
- **Stafi me përvojë:** Ka avantazhin e përvojës së gjatë klinike dhe njohurive teorike të avancuara, por sfidohet nga zakonet e ngulitura dhe mund të mos ndjekë gjithmonë praktikat më të reja.

Në këtë mënyrë, të dy grupet kanë pika të forta dhe të dobëta që ndikojnë në performancën e tyre lidhur me parandalimin e infeksioneve spitalore.

Gjetjet dhe vlerësimi

- **Gjinia:**

Diferencat gjinore u vëzhguan, duke konfirmuar pjesërisht hipotezën:

- Pjesëmarrësit burra kishin më shumë gjasa të demonstrojnë njohuri të avancuara (>80%) dhe praktika më të mira, veçanërisht për higjienën e duarve dhe dezinfektimin me bazë alkooli.
- 7.4% e pjesëmarrësve burra arritën rezultate të larta në njohuri (>80%), krahasuar me vetëm 2.2% të pjesëmarrësve gra (**p < 0.01**).
- Këto rezultate përputhen me studimin e Momeni et al. (2019), i cili sugjeron se infermierët burra shpesh zënë role drejtuese, duke pasur qasje më të mirë në mundësitë e trajnimit.

- **Mosha:**

Infermierët më të rinj (22–40 vjeç) performuan më mirë në njohuri dhe praktika:

- 65.6% e infermierëve të moshës 31–40 vjeç arritën nivele të moderuara të praktikës (50–80%), krahasuar me vetëm 56.1% të atyre të moshës 51–60 vjeç.
- Infermierët më të rinj mund të përfitojnë nga trajnimi ose arsimi i fundit, siç raportohet nga Bekele et al. (2022).
- Pjesëmarrësit mbi 60 vjeç demonstrojnë nivelet më të larta të njohurive të avancuara (>80%, 17.6%), ndoshta për shkak të përvojës së akumuluar. Megjithatë, kjo nuk përkthehet në praktika më të mira, duke nxjerrë në pah ndikimin e zakoneve të vjetruara, siç sugjeron Wulandari et al. (2020).

- **Përvoja:**

Nuk u vëzhguan ndryshime të rëndësishme në nivelet e njohurive dhe praktikave bazuar në vitet e përvojës.

- Infermierët me më shumë se 10 vjet përvojë performuan në mënyrë të ngjashme me ata me 1–5 vjet përvojë.
- Kjo gjetje kundërshton hipotezën dhe mbështet argumentin se trajnimi institucional dhe mbikëqyrja janë më kritike sesa përvoja e akumuluar.

Përfundimi për H3:

Hipoteza u **konfirmua pjesërisht**. Gjinia dhe mosha ndikonin ndjeshëm në nivelet e njohurive dhe praktikave (KAP), ndërsa vitet e përvojës kishin ndikim të kufizuar. Kjo thekson nevojën për edukim të vazhdueshëm dhe standardizimin e protokolleve në të gjitha grupet demografike për të adresuar boshllëqet ekzistuese.

Hipoteza 4 (H4):

"Prania e mjeteve institucionale, si posterat, dhe broshurat për parandalimin e infeksioneve ndikojnë pozitivisht në respektimin e praktikave të kontrollit të infeksioneve."

Gjetjet dhe vlerësimi

- **Posterat:**

Ndërsa posterat ishin të përhapur (92.7% e stafit raportuan praninë e tyre), ndikimi i tyre në respektimin e praktikave ishte i kufizuar:

- Praktikantët e dobëta mbetën të përhapura, me 38.2% të stafit në spitalet me postera që shënuan <50% në respektimin e praktikave.
- Këto gjetje përputhen me Erasmus et al. (2020), të cilët argumentuan se mjetet pasive edukative, si posterat, nuk janë të mjaftueshme pa mekanizma aktivë të përforcimit, si auditimet e rregullta ose angazhimi i liderit.

- **Programet e trajnimit:**

Pjesëmarrja në programet e trajnimit lidhej në mënyrë të konsiderueshme me nivele më të mira të njohurive dhe përmirësime të moderuara të praktikave:

- Megjithatë, 36.9% e stafit të trajnuar ende treguan praktika të dobëta (<50%).
- Kjo sugjeron boshllëqe në cilësinë ose mënyrën e zbatimit të këtyre programeve. Liang et al. (2021) theksuan se programet e personalizuara dhe interaktive, që fokusohen në skenarë praktikë, janë më efektive sesa modulet gjenerike.

Përfundimi për H4:

Hipoteza u **konfirmua pjesërisht**. Trajnimet dhe posterat ndikuan pozitivisht në nivelet e njohurive, por ndikimi i tyre në praktikë ishte i paqëndrueshëm. Këto gjetje nënvizojnë nevojën për përforsim aktiv të sjelljeve përmes mekanizmave si auditimet, feedback-u i rregullt dhe strategji më të përmirësuara trajnimi që përfshijnë elementë praktikë dhe të përshtatur.

Reduktimi i infeksioneve të marra nga spitali kërkon respektimin e rreptë të protokolleve mjekësore dhe përditësimi i njohurive të personelit mjekësor mbi metodat e parandaluese.

Higjiena e duarve mbetet një nga masat më efektive për të parandaluar infeksionet si në spitale ashtu edhe në jetën e përditshme, pavarësisht thjeshtësisë së saj dhe niveleve të ndryshme të njohurive teorike dhe praktike midis punonjësve të kujdesit shëndetësor, përfshirë infermierët. Prandaj, edukimi për higjienën e duarve duhet të jetë një komponent i qëndrueshëm i edukimit shëndetësor si për punonjësit e kujdesit shëndetësor ashtu edhe për pacientët, duke nënvizuar rolin vendimtar të edukimit në parandalimin e infeksionit. Studimi sugjeron që përpjekjet duhet të synojnë veçanërisht personelin në spitalet bashkiake dhe të miratojnë një qasje shumëdimensionale për të adresuar shkallën në rritje të infeksionit në mesin e pacientëve spitalorë, duke theksuar nevojën për trajnime të vazhdueshme dhe rritjen e ndërgjegjësimit të personelit mjekësor

V. PERFUNDIME

Në bazë të objektivave të studimit dhe rezultateve të marra, arrijmë në këto konkluzione:

❖ **Niveli i njohurive të personelit infermieror lidhur me infeksionet spitalore**

- Shumica e pjesëmarrësve (92.0%) kanë një nivel njohurish në intervalin 50-80%.
- Vetëm 2.9% kanë njohuri të avancuara (>80%).
- Kjo tregon nevojën për përmirësim të njohurive përmes trajnimeve të specializuara dhe materialeve edukative.

• **Faktorët ndikues:**

- **Pozitivë:**
 - Prania e posterave dhe arsimit i avancuar (Master Profesional) ulin mundësinë e njohurive të ulëta (<50%).
- **Neutralë:**
 - Nuk u gjetën ndryshime të rëndësishme sipas gjinisë, përvojës në punë ose nivelit arsimor përtej Master-it Profesional.
- **Dallimet rajonale:**
 - Qarqet Dibra dhe Shkodra tregojnë mangësi më të mëdha në nivelin e njohurive, duke sugjeruar nevojën për ndërhyrje specifike edukative në këto rajone.

❖ **Qëndrimet e infermierëve ndaj infeksioneve spitalore**

- Qëndrimet janë kryesisht pozitive: 66.8% deri në 86.5% pajtohen plotësisht me rëndësinë e higjienës së duarve dhe masave parandaluese.
- Staf i vlerëson aktivitetet edukative, promovimin institucional dhe përdorimin e posterave.

• **Mbështetje dhe akses:**

- **Mbështetje nga drejtuesit:**
 - 76.2% raportojnë mbështetje të hapur për higjienën e duarve nga drejtuesit dhe kryeinfermierët.
- **Akses në burime:**
 - 71.6% konfirmojnë praninë e solucionit me bazë alkooli në çdo pikë shërbimi.

❖ **Praktikat infermierore lidhur me infeksionet spitalore**

- Shumica (61.4%) ndjekin praktika mesatare (50-80%).
- Vetëm 0.1% ndjekin praktika të larta (>80%).
- Një përqindje e konsiderueshme (38.5%) ka praktika të ulëta (<50%), duke treguar se zbatimi i masave parandaluese nuk është optimal.

• **Faktorët ndikues:**

○ **Rajonalë:**

- Qarqet Dibra, Berati dhe Shkodra kanë gjasat më të larta të praktikave të ulëta (<50%).

○ **Trajnimet:**

- Pjesëmarrja në trajnime ul ndjeshëm mundësinë e praktikave të ulëta.

❖ **Nderthurja e konkluzioneve me hipotezat e studimit**

-Shumica e infermierëve zotërojnë njohuri themelore të mjaftueshme për parandalimin e infeksioneve spitalore, por ekzistojnë boshllëqe të mëdha në kuptimin e koncepteve të avancuara dhe aplikimeve situacionale të protokolleve. Këto gjetje konfirmojnë pjesërisht **Hipotezën 1**, duke theksuar rëndësinë e arsimit dhe trajnimit në përmirësimin e njohurive. Megjithatë, ato gjithashtu nënvizojnë nevojën për programe më të fokusuara dhe të orientuara drejt praktikës për të kapërcyer këto mangësi.

-Stafi infermieror demonstroi ndërgjegjësim dhe qëndrime pozitive ndaj parandalimit të infeksioneve dhe mbështetjes institucionale, duke konfirmuar përkushtimin e tyre për të ruajtur standarde të larta. Megjithatë, këto qëndrime nuk pasqyrohen plotësisht në praktikë, duke sugjeruar barriera në përkthimin e besimeve në veprime. Këto gjetje mbështesin pjesërisht **Hipotezën 4**, duke treguar se mjetet institucionale dhe qëndrimet pozitive ndikojnë në respektimin e praktikave, por janë të nevojshme mekanizma më aktivë për të siguruar ndryshime të qëndrueshme në sjellje.

-Ndërsa praktikat e moderuara janë norma, ekzistojnë boshllëqe kritike në respektimin e protokolleve të parandalimit të infeksioneve, veçanërisht në spitalet rajonale dhe bashkiake. Programet e trajnimit dhe burimet institucionale kanë një ndikim pozitiv, por janë të pamjaftueshme për të siguruar respektim të qëndrueshëm të protokolleve. Këto gjetje mbështesin pjesërisht **Hipotezat 1, 2, dhe 4**, duke treguar se trajnimet dhe mbështetja institucionale përmirësojnë praktikën, por kërkohet një qasje më gjithëpërfshirëse dhe e orientuar drejt zbatimit praktik për të kapërcyer këto mangësi.

-Faktorë si gjinia, mosha, tipi i spitalit pjesëmarrja në trajnim dhe prania e posterave ndikojnë ndjeshëm në nivelet e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave (KAP). Megjithatë, vitet e përvojës patën ndikim të kufizuar. Këto gjetje konfirmojnë **Hipotezat 2, 3 dhe 4**, duke nënvizuar se barrierat sistemike, si diferencat institucionale dhe kufizimet në trajnim, kufizojnë efektivitetin e mjeteve institucionale dhe trajnimeve në përmirësimin e respektimit të protokolleve.

VI. REKOMANDIME

- ✓ **Faktorët kyç për përmirësimin e njohurive dhe praktikave:** Pjesëmarrja në trajnime ka një ndikim pozitiv në praktikën, ndërsa posterat edukativë janë veçanërisht efektivë për rritjen e njohurive.
- ✓ **Uniformiteti i nevojës për edukim:** Nuk u gjetën dallime statistike të rëndësishme në njohuri dhe praktikë sipas nivelit arsimor, përvojës apo gjinisë. Kjo tregon se ndërhyrjet edukative duhet të përfshijnë të gjithë personelin në mënyrë të njëtrajtshme.
- ✓ **Rajonet prioritare për ndërhyrje:** Dibra, Berati dhe Shkodra shfaqin performancë më të ulët në zbatimin e praktikave të sakta. Përqendrimi në këto zona do të përmirësonte standardet lokale të kujdesit shëndetësor.
- ✓ **Përmirësimi i trajnimeve:** Aktualisht, trajnimet nuk arrijnë të krijojnë nivele të larta njohurish dhe praktikash. Rishikimi i përmbajtjes dhe metodologjisë është i nevojshëm për një ndikim më të fuqishëm.
- ✓ **Mbështetja institucionale dhe burimet:** Disponueshmëria e mjeteve praktike si solucionet me bazë alkooli dhe posterat vizualë luajnë një rol të rëndësishëm në lehtësimin e praktikave të sakta dhe përmirësimin e rezultateve.
- ❖ **Strategjitë për përmirësimin e parandalimit të infeksioneve spitalore: trajnim, mbështetje dhe fuqizim institucional**

1. Forcimi dhe personalizimi i programeve të trajnimit

Trajnime interaktive të orientuara drejt praktikës:

- Kalimi nga trajnimet tradicionale në formë leksionesh drejt moduleve interaktive, të bazuara në skenarë që simulojnë sfidat reale të parandalimit të infeksioneve.
- Përfshirja e demonstrimeve praktike të higjienës së duarve, teknikave aseptike dhe procedurave të dezinfektimit.

Trajnime të personalizuara për grupet e synuara:

- Zhvillimi i moduleve të specializuara të trajnimit për stafin e spitaleve rajonale dhe bashkiake për të adresuar sfidat specifike të rajonit.
- Përqendrimi i trajnimeve në boshllëqet e identifikuara, si praktikat e higjienës pas ekspozimit ndaj lëngjeve trupore ose kontaktit me mjedisin.

Kurse përmirësuese dhe trajnime të vazhdueshme:

- Zbatimi i seancave të detyrueshme përmirësuese periodike për të siguruar që stafi të jetë i azhornuar me protokollet më të fundit të parandalimit të infeksioneve.
- Integrimi i trajnimeve për kontrollin e infeksioneve në programe më të gjera të Zhvillimit Profesional të Vazhdueshëm (CPD).

1. Trajnime për lidërsip për mbikëqyrësit:

- Trajnimi i stafit të lartë, si kryeinfermierët dhe mbikëqyrësit, për të monitoruar dhe përforcuar respektimin e praktikave të parandalimit të infeksioneve në njësitë e tyre.

2. Adresimi i pengesave sistërike dhe bazuar në burime

Shpërndarje e barabartë e burimeve:

- Të alokohen burime shtesë për spitalet rajonale dhe bashkiake për të adresuar dallimet në mjetet dhe furnizimet për kontrollin e infeksioneve.
- Të sigurohet disponibilitet i vazhdueshëm i dezinfektuesve me bazë alkooli, dorezave, maskave dhe pajisjeve të tjera mbrojtëse.

Përmirësimi i infrastrukturës:

- Të përmirësohet infrastruktura në spitalet rajonale për të mbështetur parandalimin e infeksioneve, si instalimi i stacioneve për higjienën e duarve dhe ofrimi i hapësirave të përshtatshme për procedurat aseptike.

Reforma në politikat për alokimin e burimeve:

- Të hartohen politika që i japin përparësi financimit dhe mbështetjes për rajonet e neglizhuara, të cilat shfaqin normat më të larta të praktikave të dobëta.

3. Përmirësimi i mbështetjes institucionale për parandalimin e infeksioneve angazhimi aktiv i lidërsipit:

- Nxitja e drejtuesve të spitaleve që të marrin pjesë aktive në përpjekjet për kontrollin e infeksioneve, duke ofruar komente të vazhdueshme dhe njohje për stafin që respekton protokollet.
- Promovimi i një kulture përgjegjshmërie dhe bashkëpunimi përmes mbledhjeve të rregullta të fokusuara në progresin e parandalimit të infeksioneve.

Monitorim dhe auditime të rregullta:

- Zbatimi i një sistemi të strukturuar monitorimi për të vlerësuar respektimin e praktikave të kontrollit të infeksioneve në intervale të rregullta.
- Shfrytëzimi i rezultateve të auditimeve për të identifikuar boshllëqet dhe për të synuar departamente ose spitale specifike për ndërhyrje.

Programe incentivimi për respektimin e protokolleve:

- Futja e programeve të incentivimit, si çmime ose certifikime, për stafin ose departamentet me performancë të shkëlqyer në parandalimin e infeksioneve.
- Inkurajimi i programeve të mentorimit midis kolegëve, ku infermierët me përvojë udhëzojnë stafin e ri në zbatimin e praktikave më të mira.

4. Optimizimi i rolit të mjeteve edukative

Përmirësimi i përmbajtjes dhe vendosjes së posterave:

- Të përditësohen posterat për të përfshirë udhëzime të shkurtuara, vizualisht tërheqëse dhe të bazuara në evidenca, të përshtatura për pavione specifike spitalore (p.sh., pavionet kirurgjikale, pediatrike).
- Të vendosen posterat në zona me dukshmëri të lartë, si pranë stacioneve të larjes së duarve, dhomave të operacionit dhe pavioneve të pacientëve.

Kombinimi i posterave me përforsim aktiv:

- Të plotësohen posterat me demonstrime praktike, diskutime në grup dhe teste të vogla për të përforsuar mesazhet e tyre.
- Të integrohen posterat në fushata më të gjera të parandalimit të infeksioneve, duke theksuar qasjen "mësimi përmes veprimit".

5. Nxitja e ndryshimit të sjelljes përmes ndërhyrjeve të synuara

Komunikimi për ndryshimin e sjelljes (behavioral change communication - bcc):

- Zhvillimi i fushatave të komunikimit që theksojnë rreziqet e infeksioneve spitalore dhe përgjegjësinë personale dhe profesionale të stafit për t'i parandaluar ato.
- Përdorimi i strategjive motivuese për të nxjerrë në pah ndikimin pozitiv të parandalimit të infeksioneve në rezultatet e pacientëve.

Adresimi i pengesave të lidhura me gjininë:

- Hulumtimi dhe adresimi i faktorëve që kontribuojnë në nivele më të ulëta të KAP te infermieret femra, si p.sh. dallimet në ngarkesën e punës, mundësitë e kufizuara për role drejtuese ose qasja e kufizuar në trajnim.

Promovimi i një kulture të përgjegjësisë së kolegëve:

- Nxitja e ekipeve që të mbajnë njëri-tjetrin përgjegjës për respektimin e protokolleve të kontrollit të infeksioneve përmes feedback-ut konstruktiv dhe mekanizmave të përbashkët të përgjegjësisë.

6. Standardizimi i protokolleve të kontrollit të infeksioneve në të gjitha spitalet

Hartimi dhe shpërndarja e udhëzimeve të unifikuara:

- Sigurimi që të gjitha spitalet, pavarësisht vendndodhjes, të kenë akses në protokolle të standardizuara për parandalimin e infeksioneve, të përafruara me praktikën më të mira ndërkombëtare.
- Shpërndarja e manualeve në format të vogël (pocket-sized) ose aplikacioneve mobile me udhëzime hap pas hapi për kontrollin e infeksioneve.

Trajnimi i stafit për zbatimin e procedurave standarde të operimit (SOP):

- Organizimi i workshop dhe seancave të bazuara në role-playing për të trajnuar stafin në zbatimin e qëndrueshëm të SOP-ve në skenarë të ndryshëm klinikë.
- Përqendrimi në fusha me mosrespektim të zakonshëm, si higjiena e duarve pas kontaktit me mjedisin ose para procedurave aseptike.

Integrimi i kontrollit të infeksioneve në vlerësimet e punës:

- Përfshirja e respektimit të parandalimit të infeksioneve si një tregues kryesor i performancës (KPI) në vlerësimet e stafit për të nxitur përgjegjshmërinë dhe për të inkurajuar praktikatat më të mira.

7. Kryerja e kërkimeve dhe vlerësimeve të mëtejshme

Hulumtimi i pengesave për respektimin e praktikave:

- Kryerja e studimeve cilësore për të kuptuar pengesat që parandalojnë stafin nga zbatimi i protokolleve të kontrollit të infeksioneve, si ngarkesa e lartë e punës, kufizimet kohore ose mungesa e burimeve.

Vlerësimi i efektivitetit të programeve të trajnimit:

- Vlerësimi i ndikimit të programeve aktuale të trajnimit përmes testimeve para dhe pas trajnimit për të identifikuar fushat që kërkojnë përmirësim.

Hetimi i dallimeve bashkiake – rajonale -terciare:

- Ekzaminimi i faktorëve sistematikë që kontribuojnë në nivele të dobëta të njohurive, qëndrimeve dhe praktikave (KAP) në spitalet rajonale dhe bashkiake për të udhëhequr politikat e ardhshme dhe vendimet për alokimin e burimeve.

8. Fuqizimi i pacientëve dhe familjeve

Edukimi i pacientëve dhe familjeve:

- Zhvillimi i materialeve edukative të fokusuara te pacientët, si broshura ose video, për të rritur ndërgjegjësimin mbi infeksionet spitalore dhe për të inkurajuar respektimin e protokolleve të higjienës gjatë vizitave në spital.

Përfshirja e pacientëve në kontrollin e infeksioneve:

- Fuqizimi i pacientëve për të mbajtur stafin shëndetësor përgjegjës për praktikatat e parandalimit të infeksioneve, duke i inkurajuar ata të pyesin, për shembull, nëse duart janë dezinfektuar para procedurave.

REFERENCAT

- Abdella, N. M., Tefera, M. A., & Eredie, A. E. (2021). Environmental sources of nosocomial infections in healthcare settings. *Journal of Infection Control*, 50(3), 243-249.
- Ahmed, A., et al. (2019). Bridging the gap between knowledge and practice in infection control. *International Journal of Nursing Practice*, 25(3), e12752.
- Ahmed, J., Malik, F., Memon, Z. A., et al. (2020). Compliance and knowledge of healthcare workers regarding hand hygiene and use of disinfectants: A study based in Karachi. *Cureus*, 12(2), Article ID e7036.
- Allegranzi B, et al. Surgical site infections 1: New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *Lancet Infect Dis* 2016; 16: e276–87
- Allegranzi B, Storr J, Dziekan G, et al. The First Global Patient Safety Challenge “Clean Care is Safer Care”: from launch to current progress and achievements. *J Hosp Infect* 2007; 65(Suppl 2): 115-23.
- Allegranzi, B., et al. (2010). Global implementation of WHO’s multimodal strategy for improvement of hand hygiene. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(4), 228-235.
- Allegranzi, B., et al. (2021). Infection prevention in regional healthcare settings: A global perspective. *The Lancet Global Health*, 9(5), e655-e662.
- Allegranzi, B., Storr, J., & Kilpatrick, C. (2019). Role of leadership in infection prevention and control: A WHO perspective. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(5), e223-e230.
- Al-Maani, A., Al Wahaibi, A., Al-Zadjali, N., et al. (2022). The impact of the hand hygiene role model project on improving healthcare workers' compliance: A quasi-experimental observational study. *Journal of Infection and Public Health*, 15(3), 324–330. *Appl Nurs Res*. 1992;5(4):194–7.
- Arianpoor, A., Zarifian, A., Askari, E., et al. (2020). Infection prevention and control idea challenge contest: A fresh view on medical education and problem solving. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 9(1), 26.
- Arora, V., Kakkar, S., & Bala, M. (2021). Educating nursing staff regarding infection control practices and assessing its impact on the incidence of hospital-acquired infections. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1), 40.
- Bayleyegn, B., Mehari, A., Damtie, D., & Negash, M. (2021). Knowledge, attitude and practice on hospital-acquired infection prevention and associated factors among healthcare workers at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Infection and Drug Resistance*, 14, 259–266.
- Becerra, M. B., et al. (2015). Impact of infection control education on nurse knowledge and practices. *Journal of Infection Prevention*, 16(4), 180-185.

- Bekele, A., et al. (2022). Knowledge and practices regarding nosocomial infections in Ethiopia. *BMC Nursing*, 21(1), 45-55.
- Biberaj, P., Gega, M., & Bimi, I. (2014). Knowledge and source of information among healthcare students on nosocomial infections. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*, 1(7), 46-51.
- Boyce, J. M., & Pittet, D. (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings. Centers for Disease Control and Prevention, 51(RR-16), 1-44.
- Boyce, J. M., & Pittet, D. (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51(RR16), 1-44.
- Brady, R. R., McDermott, C., Cameron, F., Graham, C., & Gibb, A. P. (2009). UK healthcare workers' knowledge of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* practice guidelines; A questionnaire study. *Journal of Hospital Infection*, 73(3), 264–270.
- Brosio F, Kuhdari P, Stefanati A, Sulcaj N, Lupi S, Guidi E, et al. Knowledge and behavior of nursing students on the prevention of healthcare-associated infections. *J Prev Med Hyg.* 2017;58(2): E99–104.
- Bruce, Nigel & Pope, Daniel & Stanistreet, Debbi. (2008). *Quantitative Methods for Health Research: A Practical Interactive Guide to Epidemiology and Statistics*. 527-528. 10.1002/9780470725337.refs.
- Burnett, E. (2018). Effective infection prevention and control: The nurse's role. *Nursing Standard*, 33(4), 68–72.
- CDC (2021). Guidelines for infection control in healthcare personnel. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from <https://www.cdc.gov>
- Chassin, M. R., et al. (2020). Educational attainment and infection control adherence in hospital settings. *Journal of Patient Safety*, 16(1), 78-84.
- Davis LL. Instrument review: getting the most from a panel of experts.
- Dawa, T., Randolph, M., Moyers, P., Finch Guthrie, P., Frie, B., & Filer, D. (2019). Rehabilitation nurses' knowledge, attitudes, and behaviors for preventing urinary tract infections from intermittent catheterization. *Rehabilitation Nursing*, 44(3), 171–180.
- De Oliveira, A. C., Gama, C. S., & Luna, J. A. (2018). Nurses' knowledge and compliance with hand hygiene protocols. *Brazilian Journal of Nursing*, 27(4), 657-665.
- Dhar, S., et al. (2015). Variation in hand hygiene adherence across multiple healthcare settings. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 36(8), 938-944.
- Di Martino, P., et al. (2014). Hand hygiene performance and perception: A study across hospital wards. *American Journal of Infection Control*, 42(3), 276-281.
- Dowding, D., McDonald, M. V., & Shang, J. (2020). Implications of a US study on infection prevention and control in community settings in the UK. *British Journal of Community Nursing*, 25(12), 578–583.

Drohan, S. E., Levin, S. A., Grenfell, B. T., & Laxminarayan, R. (2019). Incentivizing hospital infection control. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(13), 6221–6225.

Erasmus, V., et al. (2010). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(3), 283-294.

Erasmus, V., et al. (2020). Effectiveness of educational tools in infection control: A systematic review. *American Journal of Infection Control*, 48(7), 745-753.

Foga Sebro S, Birhanu M, Bilal A, Sahle T. Knowledge and practice toward hospital-acquired infections prevention and associated factors among nurses working at university referral hospitals in Southern Nations, Nationalities, and Peoples' Region, Ethiopia 2021. *SAGE Open Med*. 2023;11.

Gozel MG, Hekimoglu CH, Gozel EY, Batir E, McLaws ML, Mese EA. National Infection Control Program in Turkey: The healthcare-associated infection rate experienced over 10 years. *Am J Infect Control* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 Apr 22];49(7):885–92. Available from: <http://www.ajicjournal.org/article/S0196655320310671/fulltext>

Graves, N., & Halton, K. (2009). *The economics of preventing hospital-acquired infections*. Oxford University Press.

Guembe, M., Pérez-Granda, M. J., Capdevila, J. A., Barberán, J., Pinilla, B., & Bouza, E. (2018). Impact of a training program on adherence to recommendations for care of venous lines in internal medicine departments in Spain. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 37(6), 1163–1168.

Gulleen, E. A., Lubwama, M., Komakech, A., Krantz, E. M., Liu, C., & Phipps, W. (2022). Knowledge and perceptions of antimicrobial resistance and antimicrobial stewardship among staff at a national cancer referral center in Uganda. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology*, 2(1), e54.

Gupta, A., Singh, R., & Taneja, N. (2019). Knowledge and compliance of infection control measures among nurses in India. *Indian Journal of Public Health*, 43(1), 22-29.

Haque, M., Sartelli, M., & McKimm, J. (2020). Infection prevention and control measures in low-income countries. *International Journal of Infection Control*, 16(1), e12-e19.

Harbarth, S., et al. (2003). The preventable proportion of nosocomial infections: An overview of published reports. *Journal of Hospital Infection*, 54(4), 258-266.

Harbarth, S., Sax, H. and Gastmeier, P., “The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports”, *Journal of Hospital Infection* 2003 Aug; 54(4): 258–66.

Harun MGD, Ul Anwar MM, Sumon SA, Abdullah-Al-Kafi M, Datta K, Haque MI, et al. Pre-COVID-19 knowledge, attitude and practice among nurses toward infection

prevention and control in Bangladesh: A hospital-based cross-sectional survey. PLoS One [Internet]. 2022;17(12 December):1–17.

Available from:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0278413>

https://www.questionpro.com/blog/what-is-likert-scale/#types_of_likert_scales

Kamila Fortunka et al (2024). Knowledge and training needs in nosocomial infection among hospital staff in the city of Kielce, Poland: A cross-sectional study. Journal of Nursing Management. Article ID 9243232. <https://doi.org/10.1155/2024/9243232>

Karaoglu, M. K., & Akin, S. (2018). Effectiveness of hygienic hand washing training on hand washing practices and knowledge: A nonrandomized quasi-experimental design. The Journal of Continuing Education in Nursing, 49(8), 360–371.

Kermode, M., et al. (2005). Knowledge and perception of hospital-acquired infections among healthcare workers. Journal of Infection and Public Health, 3(2), 123-132.

Khan HA, Baig FK, Mehboob R. Nosocomial infections: Epidemiology, prevention, control and surveillance. Vol. 7, Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. Hainan Medical University; 2017. p. 478–82.

Khan, H., et al. (2021). Tercial-regional disparities in healthcare: The case of Pakistan. Health Policy and Planning, 36(4), 453-462.

Kodra, E., & Disha, M. (2020). Infection control and prevention in Albanian healthcare settings. Albanian Medical Journal.

Kořpa, M., Grochořska, A., Gniadek, A., & Jurkiewicz, B. (2015). Level of knowledge among medical personnel about infections transferred through direct contact--Results of questionnaire survey. Przegląd Epidemiologiczny, 69(3), 503–508.

Lanini, Simone, et al. “Healthcare-associated infection in Italy: annual point-prevalence surveys, 2002-2004.” Infection control and hospital epidemiology vol. 30,7 (2009): 659-65. doi:10.1086/597596.

Larson, E. L., et al. (2005). Behavioral interventions to improve hand hygiene adherence in healthcare settings: A systematic review. Clinical Infectious Diseases, 41(11), e1-e27.

Lemiech-Mirowska, E., Kiersnowska, Z. M., Michałkiewicz, M., Depta, A., & Marczak, M. (2021). Nosocomial infections as one of the most important problems of healthcare system. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 28(3), 361–366.

Liang, L., et al. (2021). The role of tailored training programs in improving infection control adherence in China. Infection Prevention Journal, 29(3), 159-165.

Liu JY, Dickter JK. Nosocomial Infections: A History of Hospital-Acquired Infections. Gastrointest Endosc Clin N Am [Internet]. 2020;30(4):637–52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.giec.2020.06.001>

Marra, A. R., et al. (2011). Training nursing staff in hand hygiene practices: Do hospitals provide education that prevents infections? *American Journal of Infection Control*.

Mathai, E., Allegranzi, B., & Seto, W. (2019). A global survey of infection prevention and control practices. *WHO Bulletin*, 97(5), 317-328.

Mbon, E F et al. "Knowledge, Attitude and Practice in the Prevention of Nosocomial Infections among the Hospital Staff of a Nigerian Tertiary Hospital." *The African Journal of Medicine* vol. 40,4 (2023): 389-396.

Mitchell, B. G., et al. (2017). Understanding factors associated with compliance in infection control: A review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 65, 72-81.

Momeni, M., et al. (2019). Gender differences in hand hygiene compliance among healthcare workers. *Iranian Journal of Nursing Studies*, 18(4), 453-460.

Mwangi, P. A., Ochieng, J., & Mugambi, J. (2020). Effectiveness of visual aids in improving hand hygiene compliance. *African Journal of Health Sciences*, 15(2), 145-155.

Nabirye, R. C., Brown, K., & Nannyonga, J. (2020). Barriers to hand hygiene compliance in resource-limited settings. *African Health Sciences*, 19(3), 2345-2354.

Nakamura RK, Tompkins E. Nosocomial infections. *Compend Contin Educ Vet*. 2012;34(4).

Nasiri A, Balouchi A, Rezaie-Keikhaie K, Bouya S, Sheyback M, Rawajfah O Al. Knowledge, attitude, practice, and clinical recommendation toward infection control and prevention standards among nurses: A systematic review. *Am J Infect Control* [Internet]. 2019;47(7):827–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.11.022>.

Niederhauser, A., Züllig, S., Marschall, J., et al. (2019). Change in staff perspectives on indwelling urinary catheter use after implementation of an intervention bundle in seven Swiss acute care hospitals: Results of a before/after survey study. *BMJ Open*, 9(10), Article ID e028740.

Novák, M., Breznický, J., Kompaníková, J., Malinovská, N., & Hudečková, H. (2020). Impact of hand hygiene knowledge on hand hygiene compliance. *Medicinski Glasnik*, 17(1), 194–199.

Oliveira, M. S., et al. (2020). Gender and the nursing profession: An analysis in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 54(2), 12-20.

OMS WHO. WHO launches first-ever global report on infection prevention and control [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 22]. 2022 p. Available from: <https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>

Parmeggiani C, Abbate R, Marinelli P, Angelillo IF. Healthcare workers and healthcare-associated infections: Knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC Infect Dis.* 2010;10.

Patidar, A. B., et al. (2021). Gender disparities in nursing: A global perspective. *Journal of Nursing Research*, 29(3), 123-130.

Pittet, D., et al. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*, 356(9238), 1307-1312.

Pittet, D., et al. (2006). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*.

Protano, C., Cammalleri, V., Romano Spica, V., Valeriani, F., & Vitali, M. (2019). Hospital environment as a reservoir for cross transmission: Cleaning and disinfection procedures. *Annali di Igiene*, 31(5), 436–448.

Qirjako, G., Qosja, A., Draçini, X., Çomo, N., Hyska, J., Fico, A., Bukli, M., & Burazeri, G. (2023). Infection prevention and control in healthcare facilities in Albania. *South Eastern European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.56801/seejph.vi.225>

Raofi S, Kan FP, Rafiei S, Hosseinipalangi Z, Mejareh ZN, Khani S, et al. Global prevalence of nosocomial infection: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2023;18(1 January):1–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0274248>

Salmanov, A. et al. “Epidemiology of healthcare-associated infections and mechanisms of antimicrobial resistance of responsible pathogens in Ukraine: a multicentre study.” *The Journal of Hospital Infection* vol. 131 (2023): 129-138. doi:10.1016/j.jhin.2022.10.007.

Sands, M., & Aunger, R. (2020). Determinants of hand hygiene compliance among nurses in US hospitals: A formative research study. *PLoS One*, 15(4), Article ID e0230573.

Sharif, I., Rashid, Z., Tariq, N., Mashhadi, F., Din, M., & Wazir, L. (2019). Gaps in knowledge and practices regarding nosocomial infections among nursing staff of a tertiary care hospital of Rawalpindi. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 69, 1210–1225.

Singh, S., Vashisht, M. G., Malik, I., Dahiya, P., & Vashisht, B. M. (2021). To study the awareness about universal health precautions among nursing professionals in a medical college hospital of India. *Indian Journal of Community Medicine*, 46(4), 685–688.

Sodhi K, Shrivastava A, Arya M, Kumar M. Knowledge of infection control practices among intensive care nurses in a tertiary care hospital. *J Infect Public Health* [Internet]. 2013;6(4):269–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2013.02.004>

Sodhi, K., Arya, M., Chanchalani, G., et al. (2022). Comparison of knowledge and awareness of infection control practices among nurses in India: A cross-sectional survey. *American Journal of Infection Control*, 50(12), 1368–1373.

Soleimani, Z., Mosadeghrad, A. M., AbbasabadiArab, M., et al. (2021). Paramedical staff's knowledge, attitude, and performance about nosocomial infection controls at hospitals: A cross-sectional survey in Iran. *Journal of Environmental Health Science and Engineering*, 19(2), 1447–1455.

Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation, and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):268–74.

Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation, and validation of instruments or scales for use in cross-cultural healthcare research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274.

Stone, P. W., et al. (2012). Hand hygiene practices and healthcare-associated infections: A systematic review. *Nursing Research*, 61(2), 84-90.

Taffurelli, C., Sollami, A., Camera, C., et al. (2017). Healthcare associated infection: Good practices, knowledge and the locus of control in healthcare professionals. *Acta BioMedica*, 88(3s), 31–36.

Taffurelli, C., Sollami, A., Camera, C., et al. (2017). Healthcare associated infection: Good practices, knowledge and the locus of control in healthcare professionals. *Acta BioMedica*, 88(3s), 31–36.

Taneja, N., Mehra, P., & Sharma, M. (2021). Challenges in infection prevention in low-resource settings. *The Lancet Regional Health Southeast Asia*, 1(2), e104.

Tavolacci MP, (Harun MGD, 2022) Ladner J, Bailly L, Merle V, Pitrou I, Czernichow P. Prevention of nosocomial infection and standard precautions: knowledge and source of information among healthcare students. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2015;29(7):642–7

Tavolacci, M. P., Harun, M. G. D., Ladner, J., Bailly, L., Merle, V., Pitrou, I., & Czernichow, P. (2015). Prevention of nosocomial infection and standard precautions: Knowledge and source of information among healthcare students. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 29(7), 642–647.

Teklemariam, Z., et al. (2019). Challenges of infection control in sub-Saharan Africa: An Ethiopian perspective. *Journal of Infection Control*, 47(2), 87-94.

The World Health Organization. Healthcare Associated Infections. WHO; Geneva, Switzerland: 2016. [Google Scholar]

Toney-Butler, T. J., Gasner, A., & Carver, N. (2023). Hand Hygiene. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Tschudin-Sutter, S., et al. (2012). Educational strategies to reduce hospital-acquired infections: A review. *International Journal of Infectious Diseases*, 16(7), e485-e489. What is a Likert Scale – Definition, example, characteristics, & advantages

Whitby, M., et al. (2007). Perceptions and beliefs about hand hygiene and infection control: A qualitative study. *The Lancet Infectious Diseases*, 7(2), 118-125.

WHO Hand Hygiene Knowledge Questionnaire for Health-Care Workers 2009. Përshtatur nga version original përshtatur nga version original për nevojat e këtij studimi.

World Health Organization (WHO). (2016). WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva: WHO Press.

World Health Organization, Europe. (2015). Health system challenges and opportunities for better infection prevention in Southeast Europe. WHO Europe.

World Health Organization. (2016). Health care-associated infections: Fact sheet. WHO.

Wu, W, Wang, W., Yuan, Y., et al. (2021). Knowledge, attitude and practice concerning healthcare-associated infections among healthcare workers in Wuhan, China: Cross-sectional study. *BMJ Open*, 11(1), Article ID e042333.

Wulandari, P., et al. (2020). Barriers to adopting infection prevention practices among older nurses. *Nursing Practice Today*, 7(2), 234-241.

Zhou, J., & Chen, S. (2022). Knowledge, attitudes, and practices of NICU doctors and nurses toward prevention and control of nosocomial infection with multidrug resistant organism. *Frontiers in Pediatrics*, 10, Article ID 817030.

Zhu, S., Kahsay, K. M., & Gui, L. (2019). Knowledge, attitudes, and practices related to standard precautions among nurses: A comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3538–3546.

Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, Franz C, Song P, Yamin CK, et al. Healthcare-associated infections: A Meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. *JAMA Intern Med*. 2013;173(22):2039–46.

Zucco, R., Lavano, F., Nobile, C. G. A., Papadopoli, R., & Bianco, A. (2019). Adherence to evidence-based recommendations for surgical site infection prevention: Results among Italian surgical ward nurses. *PLoS One*, 14(9), Article ID e0222825.

SHTOJCA



REPUBLIKA E SHQIPËRISË

**UNIVERSITETI I ELBASANIT “ALEKSANDËR XHUVANI”
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE**

Në kuadër të kërkimit shkencor me temë **“Njohuritë, qëndrimet dhe praktikat infermiore lidhur me Infeksionet spitalore për infermierët që punojnë në pavione me pacientë të hospitalizuar të regjistruar në Republikën e Shqipërisë”** është hartuar ky pyetësor i cili do të shërbejë për realizimin e qëllimit dhe objektivave të këtij studimi.

Informacioni do të përpunohet ekskluzivisht nga anëtarët e grupit të kërkimit duke garantuar privatësinë dhe konfidencialitetin konform me ligjin për mbrojtjen e të dhënave personale (*Ligji Nr. 9887 datë 10.03.2008, i ndryshuar me ligjet Nr. 48/2012, Nr. 120/2014*).

Ju jeni në kontakt të drejtpërdrejtë me pacientët e hospitalizuar dhe kjo është arsyeja pse ne jemi të interesuar për mendimin tuaj mbi infeksionet që lidhen me kujdesin shëndetësor dhe higjienën e duarve.

- Do t'ju duhen rreth 5 minuta për të plotësuar këtë pyetësor.
 - Ju lutemi lexoni pyetjet me kujdes dhe më pas përgjigjuni spontanisht.
- Përgjigjet tuaja janë anonime dhe do të mbahen konfidenciale.
Faleminderit për kohën tuaj!

Sqarim: Të plotësohet vetëm nga infermierë që punojnë me pacientë të shtruar në spital, jo nga infermierët e qendrave shëndetësore.

Sesioni I

TË DHËNAT DEMOGRAFIKE

1-Gjinia:

F M

2-Mosha

22-30 vjeç

31-40 vjeç

41-50 vjeç

51-60 vjeç

Mbi 60 vjeç

3- Qarku

Tiranë

Elbasan

Vlorë

Korçë

Dibër

Kukës

Durrës

Shkodër

Fier

Lezhë

Berat

Gjirokastër

4- Spitali ku punoni eshte:

Spital Rajonal

Spital Bashkiak

Spital Tercia

5- Pozicioni juaj aktual në punë

Infermier/e

Infermier/e mami

Kryeinfermier/e

6- Arsimi

Bachelor

Master Profesional

Master shkencor

PhD

7- Pavioni/ reparti ku punoni

Kirurgji

Pediatri

Maternitet (Obstetrike, Gjinekologji, Neonatologji)

Patologji(Neurologji, Kardiologji, Pneumologji, Otorinolaringologji, Rheumatologji, hematologji, Endokrinologji etj)

Reparti i Sëmundjeve Infektive

8- Eksperienca e punës në vite

1-5 vjet

6-10 vjet

Mbi 10 vjet

9- Keni marrë pjesë në trajnime lidhur me masat parandaluese të infeksioneve spitalore në 3 vitet e fundit?

Po Jo

Sesioni II NJOHURITË E INFERMIERËVE LIDHUR ME INFEKSIONET NOSOKOMIALE

10- Mjedisi (ajri, uji, sipërfaqet e ngurta) është burimi kryesor i baktereve përgjegjës për infeksionet nozokomiale.

Po Jo

11- Mosha e madhe ose mosha shumë e re, rrit riskun për infeksionet nozokomiale

Po Jo

12- Proçedurat invazive rrisin riskun e infeksionit nozokomial.

Po Jo

13- Masat standarte parandaluese përfshijnë rekomandime për të mbrojtur vetëm pacientet.

Po Jo

14- Masat standarte parandaluese përfshijnë rekomandime për të mbrojtur pacientët dhe profesionistët e kujdesit shëndetsor.

Po Jo

15- Masat standarte parandaluese zbatohen për të gjithë pacientët.

Po Jo

16- Masat standarte parandaluese zbatohen vetëm për punonjësit e kujdesit shëndetësor që kanë kontakt me likidet trupore.

Po Jo

17- Higjena e duarve rekomandohet para ose pas një kontakti me (ose kujdesi për) një pacient.

Po Jo

18- Higjena e duarve rekomandohet para dhe pas një kontakti me (ose kujdesi për) një pacient.

Po Jo

19- Higjena e duarve rekomandohet midis kontakteve me pacientët.

Po Jo

20- Higjena e duarve rekomandohet pas heqjes së dorezave.

Po Jo

21- A gjenden postera që e demonstrojnë procedurën e higjienës së duarve të afishuara në ambientin tuaj të punës?

Po Jo

22- Masat standarte parandaluese rekomandojnë përdorimin e dorezave për çdo procedurë.

Po Jo

23- Masat standarte parandaluese rekomandojnë përdorimin e dorezave kur ka një risk për prerje.

Po Jo

24- Masat standarte parandaluese rekomandojnë përdorimin e dorezave kur profesionisti i kujdesit shëndetësor ka një lëzion (plagë) të lëkurës.

Po Jo

25- Kur ka një risk për spërkla gjaku ose likide trupore, profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të veshin?

Vetëm maskë.

Vetëm mbrojtëse për sytë.

Vetëm përparëse.

Maskë, syze mbrojtëse dhe përparëse.

26- Larja e duarve me dezinfektues me bazë alkooli (në duart e pandotura) indikohet në vend të një larje tradicionale të duarve (30 s).

Po Jo

27- Larja e duarve me dezinfektues me bazë alkooli (në duart e pandotura) indikohet në vend të një larje antiseptike të duarve si Chlorexidina dhe Jodoform. (30 s).

Po Jo

28- Larja e duarve me dezinfektues me bazë alkooli (në duart e pandotura) indikohet në vend të larjes kirurgjikale të duarve (3 min).

Po Jo

29- Një larje e zakonshme e duarve duhet të bëhet para se të bëhet larja e duarve me fërkim me bazë alkooli.

Po Jo

ME TE KUQE JANE SHENUAR PERGJIGJET E SAKTA

Sesioni III QËNDRIMET E INFERMIERËVE LIDHUR ME INFEKSIONET NOSOKOMIALE.

Ju lutem, zgjidhni alternativën që i përshtatet më së shumti mendimit tuaj.

30. A mendoni se ishin efikase aktivitetet edukative në të cilat keni marrë pjesë për të përmirësuar praktikën tuaj të higjienës së duarve?

- ☐ Pajtohem plotësisht
- ☐ Pajtohem Pjesërisht
- ☐ I/e Pavendosur
- ☐ Nuk Pajtohem

31. Higjiena e duarve ndikon në parandalimin e infeksionit të lidhur me kujdesin shëndetësor.

- ☐ Pajtohem plotësisht
- ☐ Pajtohem Pjesërisht
- ☐ I/e Pavendosur
- ☐ Nuk Pajtohem

32. Si e vlerësoni praktikimin e higjienës së duarve, të profesionistëve të kujdesit shëndetësor në shërbimin tuaj, qoftë me fërkim ose me larje duarsh.

- ☐ Shumë mirë
- ☐ Mirë
- ☐ Mjaftueshëm
- ☐ Dobët

33. Drejtuesit dhe kryeinfermierët në institucionin tuaj mbështesin dhe promovojnë hapur higjienën e duarve.

- ☐ Gjithmonë
- ☐ Shpesh
- ☐ Ndonjëherë
- ☐ Kurrë

34. Institucioni i kujdesit tuaj shëndetësor vendos gjithmonë në dispozicionin tuaj solucion me bazë alkooli në çdo pikë të ofrimit të shërbimit.

- ☐ Gjithmonë
- ☐ Shpesh
- ☐ Ndonjëherë
- ☐ Kurrë

35. A është efikas afishimi i posterave që e demonstrojnë procedurën e higjienës së duarve në ambientin tuaj të punës?

- ☐ Gjithmonë
- ☐ Shpesh
- ☐ Ndonjëherë
- ☐ Kurrë

36. Marrja e sugjerimeve lidhur me aplikimin e higjienës së duarve ndikon në rritjen e performancës së shërbimit nga punonjësit e kujdesit shëndetësor.

- ☐ Pajtohem plotësisht
- ☐ Pajtohem pjesërisht
- ☐ I/e pavendosur
- ☐ Nuk pajtohem

37. A e kryeni ju gjithmonë higjienën e duarve sipas rekomandimeve (duke qenë një shembull i mirë për kolegët tuaj).

- ☐ Gjithmonë
- ☐ Shpesh
- ☐ Ndonjëherë
- ☐ Kurrë

Sesioni IV PRAKTIKAT INFERMIERORE LIDHUR ME INFEKSIONET NOSOKOMIALE.

38.A përdorni në rutinën tuaj të punës solucion me bazë alkooli për të kryer higjenën e duarve
Po Jo

39- E realizoni higjenën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te pacienti menjëherë pas rrezikut të ekspozimit ndaj likideve të trupit?

Po Jo

40- E realizoni higjenën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te pacienti pas ekspozimit në mjedisin e afërt të pacientit ?

Po Jo

41- E realizoni higjenën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te pacienti menjëherë përpara një procedure të pastër/ aseptike?

Po Jo

42- E realizoni higjenën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te ju para se të prekni një pacient?

Po Jo

43- E realizoni higjenën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te ju pas ekspozimit në mjedisin e afërt të pacientit?

Po Jo

44- E realizoni higjenën e duarve për të parandaluar transmetimin e mikrobeve te ju menjëherë përpara një procedure të pastër/aseptike?

Po Jo

45- Cila është koha minimale e pastrimit të duarve kur përdorni solucion me baze alkooli për të eliminuar shumicën e mikrobeve nga duart tuaja?

3 sekonda

10 sekonda

20 sekonda

1 minutë

46- Cilën metodë të higjenës së duarve zbatoni para palpimit të barkut ?

Fërkim

Larje

Asnjë

47- Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni para se të bëni një injeksion?

Fërkim

Larje

Asnjë

48- Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni pasi keni zbrazur një uturak?

Fërkim

Larje

Asnjë

49- Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni pasi keni hequr dorezat e ekzaminimit?

Fërkim

Larje

Asnjë

50- Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni pas rregullimit të shtratit të pacientit?

Fërkim

Larje

Asnjë

51- Cilën metodë të higjienës së duarve zbatoni pas ekspozimit të dukshëm ndaj gjakut?

Fërkim

Larje

Asnjë

52- Për të reduktuar mundësinë e kolonizimit të duarve me mikrobe të dëmshme e shmangni mbajtjen e bizhuterive?

Po Jo

53- Për të reduktuar mundësinë e kolonizimit të duarve me mikrobe të dëmshme shmangni dëmtimin e lëkurës?

Po Jo

54- Për të reduktuar mundësinë e kolonizimit të duarve me mikrobe të dëmshme i shmangni thonjtë artificialë (me xhel)?

Po Jo

55- Për të reduktuar mundësinë e kolonizimit të duarve me mikrobe të dëmshme shmangni përdorimin e rregullt të kremi të duarve?

Po **Jo**

56- Kur ka një risk për spërkla gjaku dhe likide trupore çfarë përdorni si masë për mbrojtjen personale?

Maskë

Mbrojtëse për sytë

Përparëse

Maskë, mbrojtëse për sytë, përparëse